20120322修正版

平成２４年３月２１日（水）

平成２４年度介護報酬改定説明会資料

【注意】
１　この資料は、次の資料に基づいて作成しました。
　ア．第８８回社会保障審議会介護給付費分科会資料
　　（平成２４年１月２５日）
　イ．全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料
　　（平成２４年２月２３日）
　　⇒介護報酬改定に関する省令及び告示の改正案
　　⇒介護報酬改定に関する通知の改正案（原案）
　ウ．神奈川県「介護報酬改定に係るＱ＆Ａ」
　　（平成２４年３月７日現在）

２　上記資料のうち、通知の改正案（原案）及び「Ｑ＆Ａ」につきましては、今後変更になる可能性がありますので、ご注意ください。

３　ア、イの資料については、下記ＵＲＬに掲載されています。
（ア）http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p.html
（イ）http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000239zd.html

川崎市健康福祉局長寿社会部

川崎市社会福祉協議会地域包括支援センター調整課

平成２４年度介護報酬改定説明会資料　目次

１　居宅介護支援　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ１

２　訪問介護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ７

３　訪問看護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ１５

４　訪問リハビリテーション　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ２２

５　居宅療養管理指導　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ２４

６　通所介護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ２７

７　通所リハビリテーション　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ３５

８　短期入所生活介護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ４３

９　短期入所療養介護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ４８

１０　特定施設入居者生活介護　・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ５２

１１　福祉用具貸与・特定福祉用具販売　・・・・・・・・・・・・・　Ｐ５５

１２　定期巡回・随時対応型訪問介護看護　・・・・・・・・・・・・　Ｐ６０

１３　複合型サービス　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ６２

１４　認知症対応型通所介護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ６４

１５　小規模多機能型居宅介護　・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ６６

１６　認知症対応型共同生活介護　・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ６８

１７　介護予防訪問系サービス　・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ７１

１８　介護予防通所系サービス　・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ７４

１９　介護老人福祉施設　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ７８

２０　介護老人保健施設　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ８３

２１　介護療養型老人保健施設　・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ９０

２２　介護療養型医療施設　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ９２

（参考資料）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　Ｐ９４

１　居宅介護支援

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.7円／単位　⇒　（改正後）10.84円／単位

（２）基本報酬算定要件の見直し

＜居宅介護支援費（Ⅱ）＞

（改正前）取扱件数が40以上60未満の場合において、40以上の部分について算定する。

⇒（改正後）取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分について算定する。

＜居宅介護支援費（Ⅲ）＞

（改正前）取扱件数が60以上である場合において、40以上の部分について算定する。

⇒（改正後）取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分について算定する。

（３）自立支援型のケアマネジメントの推進

サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価の見直しを行う。

＜運営基準減算＞

所定単位数に70/100を乗じた単位数　⇒　（改正後）所定単位数に50/100を乗じた単位数

＜運営基準減算が2ヶ月以上継続している場合＞

所定単位数に50/100を乗じた単位数　⇒　（改正後）所定単位数は算定しない

（４）特定事業所加算

質の高いケアマネジメントを推進する観点から、特定事業所加算（Ⅱ）の算定要件を見直す。

※算定要件（変更点のみ（特定事業所加算（Ⅱ））

以下を追加

- 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。

（５）入院時情報連携加算

医療との連携を強化する観点から、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価等の見直しを行う。併せて、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員（ケアマネジャー）が参加した場合に評価を行う。

医療連携加算　150単位／月　⇒
- （改正後）入院時情報連携加算（Ⅰ）　200単位／月
- （改正後）入院時情報連携加算（Ⅱ）　100単位／月

※算定要件

入院時情報連携加算（Ⅰ）　介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。

入院時情報連携加算（Ⅱ）　介護支援専門員が病院又は診療所に訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

(1) 総論

「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。当該加算については、利用者一人につき、一月に一回を限度として算定することとする。なお、利用者が入院してから遅くとも七日以内に情報提供した場合に算定することとする。

また、情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、ＦＡＸ等）等について居宅サービス計画等に記録すること。なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられる。

(2) 入院時医療連携加算（Ⅰ）

医療機関へ出向いて必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

(3) 入院時医療連携加算（Ⅱ）

医療機関へ出向かずに、通信手段等により必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

（６）退院・退所加算

退院・退所加算（Ⅰ）　400単位／月
退院・退所加算（Ⅱ）　600単位／月
⇒　（改正後）退院・退所加算　300単位／回

※算定要件（変更点のみ）

入院等期間中に3回まで算定することを可能とする。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

(1) 病院若しくは診療所への入院又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設への入所をしていた者が退院又は退所（地域密着型介護福祉施設サービス又は介護福祉施設サービスの在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合には、当該利用者の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、算定しない。なお、利用者に関する必要な情報につい

ては、別途定めることとする。

(2) 退院・退所加算については、入院又は入所期間中三回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む）まで算定することができる。

ただし、三回算定することができるのは、そのうち一回について、入院中の担当医等との会議（カンファレンス）に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明（診療報酬の算定方法（平成二十四年厚生労働省告示第〇号）別表第一医科診療報酬点数表の退院時共同指導料二の注三の対象となるもの）を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に限る。

また、同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、一回として算定する。

なお、原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後七日以内に情報を得た場合には算定することとする。

また、上記にかかる会議（カンファレンス）に参加した場合は、（１）において別途定める様式ではなく、当該会議（カンファレンス）等の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

★【神奈川県Q＆A＝ホームページ】

Q：退院・退所加算は、入院又は入所期間中に３回を限度として算定が可能とされているが、入院等期間中に病院等の職員と面談を３回行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用の調整を行った場合、居宅サービス等の利用開始月に当該加算を３回算定することが可能という趣旨か。

A：当該加算は、利用者の退院又は退所にあたって、病院、診療所等の職員と面談を行い（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加する場合を含む）、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に、居宅サービス等の利用開始月に３回を限度として算定するものとされています。

ただし、３回算定することができるのは、そのうち１回について、入院中の担当医との会議（カンファレンス）に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に限ります。

また、同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、１回として算定します。

（７）緊急時等居宅カンファレンス加算

緊急時等居宅カンファレンス加算（新規）　⇒　200単位／回

※算定要件
・ 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合
・ 1月に２回を限度として算定できること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

(1) 当該加算を算定する場合は、カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日もあわせて）、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画等に記載すること。

(2) 当該カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、利用者の状態像等が大きく変化していることが十分想定されるため、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス及び地域密着型サービスの調整を行うなど適切に対応すること。

★【神奈川県Q＆A＝ホームページ】

Q：「利用に関する調整を行う」こととされているが、居宅サービス計画書の変更を要するのか。

A：居宅サービス計画の変更は算定要件とされていませんが、当該カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、利用者の状態像等が大きく変化していることが十分想定されるため、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス等の調整を行うなど適切に対応する必要があります。

（８）複合型サービス事業所連携加算

利用者が複合型サービスの利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を複合型サービス事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合に評価を行う。

複合型サービス事業所連携加算（新規）　⇒　300単位／回

※算定要件
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算と同様

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

当該加算は、介護支援専門員が、複合型サービス事業所に出向き、利用者の居宅サービスの利用状況等の情報提供を行うことにより、当該利用者の複合型サービスにおける居宅サービス計画の作成に協力を行った場合に、算定を行うものである。ただし、当該複合型サービス事業所について六月以内に当該加算を算定した利用者については、算定することができない。また、当該加算は、利用者が複合型サービスの利用を開始した場合にのみ算定することができるものとする。

（９）指定基準に係る主な見直しの内容

介護予防支援の業務の委託について、一の居宅介護支援事業者に委託することができる件数（現行は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員１人あたり８件以内）の制限を廃止すること。その他、居宅介護支援業務について。

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準解釈通知】

＜指定介護予防支援業務の受託に関する留意点＞

指定居宅介護支援事業者は、指定介護予防支援業務を受託するにあたっては、その業務量等を勘案し、指定介護予防支援業務を受託することによって、当該指定居宅介護支援事業者が本来行うべき指定居宅介護支援業務の適正な実施に影響を及ぼすことのないよう配慮しなければならない。

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準解釈通知】

＜指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針＞

基準第十三条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。なお、利用者の課題分析（第六号）から居宅サービス計画の利用者への交付（第十一号）に掲げる一連の業務については、基準第一条に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではない。ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービス計画を見直すなど、適切に対応しなければならない。

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準解釈通知】

＜サービス担当者会議等による専門的意見の聴取＞

介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定される。（以下略）

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準解釈通知】

＜居宅サービス計画の変更＞

介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第十三条第三号から第十一号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介

護支援専門員が基準第十三条第三号から第十一号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第十二号（⑫居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準解釈通知】

＜主治の医師等の意見等＞

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び複合型サービス（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）については、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。（以下略）

★【神奈川県Q＆A＝ホームページ】

⇒取扱件数・委託件数関係

Q：介護支援専門員１人あたりの担当件数４０件以上の逓減制は維持されるのか。

A：居宅介護支援費の取扱件数による逓減制については従前のとおりです。

Q：取扱件数を算定するにあたり、委託を受けた介護予防支援に係る利用者の件数は、従前どおり２分の１を乗じて計算するのか。

A：指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者については、２分の１を乗じた数として計算します。

Q：介護予防支援業務の委託件数の制限が廃止されたが、介護予防支援業務は無制限に受託が可能で、取扱件数にも含まないという解釈でよいか。（例えば、介護支援専門員１人あたり介護35件、予防15件を取り扱っても差し支えないか。）

A：取扱件数の算定方法は、当該居宅介護支援事業所の利用者の総数に指定介護予防支援に係る利用者の数に2分の1を乗じた数を加えた数を常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数とされています。介護予防支援の委託制限は廃止されましたが、居宅介護支援事業所は無制限に受託することができるわけではありません。委託を受けるにあたっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければなりません。

２　訪問介護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.7 円／単位　⇒　（改正後）10.84 円／単位

（２）訪問介護の所要時間

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台（③以下省略）】

① 訪問介護の所要時間については、実際に行われた指定訪問介護の時間ではなく、訪問介護計画において位置付けられた内容の指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間とすること。

② 訪問介護の報酬については、①により算出された指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間が、いずれの時間区分に該当するかをもって決定されるものである。訪問介護の所要時間は、介護支援専門員やサービス提供責任者が行う適切なアセスメント及びマネジメントにより、利用者の意向や状態像に従い設定されるべきものであることを踏まえ、訪問介護計画の作成時には硬直的な運用にならないよう十分に留意し、利用者にとって真に必要なサービスが必要に応じて提供されるよう配慮すること。

（３）短時間訪問に対する評価

身体介護の時間区分について、１日複数回の短時間訪問により中重度の在宅利用者の生活を総合的に支援する観点から、新たに 20 分未満の時間区分を創設する。

（新規）　⇒　（改正後）20 分未満 170 単位／回

30 分未満 254 単位／回　⇒　（改正後）20 分以上 30 分未満 254 単位／回

※算定要件（身体介護（20 分未満））

以下の①又は②の場合に算定する。

①夜間・深夜・早朝（午後 6 時から午前 8 時まで）に行われる身体介護であること。

②日中（午前 8 時から午後 6 時まで）に行われる場合は、以下のとおり。

＜利用対象者＞

- 要介護３から要介護５までの者であり、障害高齢者の日常生活自立度ランク B から C までの者であること。
- 当該利用者に係るサービス担当者会議（サービス提供責任者が出席するものに限る。）が３月に１回以上開催されており、当該会議において、1 週間に 5 日以上の 20 分未満の身体介護が必要であると認められた者であること。

＜体制要件＞

- 午後 10 時から午前 6 時までを除く時間帯を営業日及び営業時間として定めていること。
- 常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること。
- 次のいずれかに該当すること。
  - ア　定期巡回・随時対応サービスの指定を併せて受け、一体的に事業を実施している。
  - イ　定期巡回・随時対応サービスの指定を受けていないが、実施の意思があり、実施に関する計画を策定している。

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

所要時間二十分未満の身体介護中心型の単位の算定については、夜間、深夜及び早朝の時間帯に提供される指定訪問介護の場合及び日中の時間帯において提供される指定訪問介護のうち、次の各号に掲げるいずれにも該当する場合に限ること。

① 要介護三、要介護四及び要介護五の利用者であって、「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成三年十一月十八日老健百二－二号厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知）におけるランクＢ以上に該当するものに対して提供される指定訪問介護であること。この場合、当該自立度の取扱いについては、第二の１の⑺に定める「認知症高齢者の日常生活自立度」の取扱いに準じること。

② ①の要件を満たす利用者を担当する介護支援専門員が開催するサービス担当者会議において、一週間のうち五日以上の二十分未満の身体介護の提供が必要と判断されたものに対して提供される指定訪問介護であること。この場合、当該サービス担当者会議については、当該指定訪問介護の提供日の属する月の前三月の間に一度以上開催され、かつ、サービス提供責任者が参加していなければならないこと。なお、一週間のうち五日以上の日の計算に当たっては、日中の時間帯のサービスのみに限らず、夜間、深夜及び早朝の時間帯のサービスも含めて差し支えないこと。

③ 当該指定訪問介護を提供する指定訪問介護事業所は、営業日として毎日を、営業時間として最低でも午前六時から午後十時までの時間帯を含む時間帯を運営規程において定めており、かつ、二十四時間体制で、利用者又はその家族等から電話等による連絡に常時対応できる体制にあるものでなければならない。また、利用者又はその家族等からの連絡に対応する職員は、営業時間中においては当該事業所の職員が一以上配置されていなければならないが、当該職員が利用者からの連絡に対応できる体制を確保している場合は、利用者に指定訪問介護を提供することも差し支えない。また、営業時間以外の時間帯については、併設する事業所等の職員又は自宅待機中の当該指定訪問介護事業所の職員であって差し支えない。

④ 当該指定訪問介護を提供する指定訪問介護事業所は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と一体的に運営しているもの又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定を併せて受ける計画を策定しているものでなければならないこと。

⑤ ③及び④の事項については届出を要することとされており、日中における二十分未満の身体介護中心型の算定を開始する始期については、第一の１の⑸の取扱いに準じること。

①から⑤までに掲げる要件については、日中の時間帯に提供される二十分未満の身体介護中心型を算定する場合に適用されるものであり、夜間、深夜及び早朝については、すべての指定訪問介護事業所おいて二十分未満の身体介護中心型の単位を算定できることに留意すること。なお、二十分未満の身体介護についての下限となる所要時間を定めてはいないが、本時間区分により提供されるサービスについては、排泄介助、体位交換、服薬介助、起床介助、就寝介助等といった利用者の生活にとって定期的に必要な短時間の身体介護を提供することを想定しており、訪問介護の内容が単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身体介護を行う場合には、算定できないものであること。また、いずれの時間帯においても二十分未満の身体介護中心型の単位を算定する場合、引き続き生活援助を行うことは認められない

（緊急時訪問介護加算を算定する場合を除く。）ことに留意すること。

（４）生活援助の時間区分の見直し

生活援助の時間区分について、サービスの提供実態を踏まえるとともに、限られた人材の効果的活用を図り、より多くの利用者に対し、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、そのニーズに応じたサービスを効率的に提供する観点から時間区分の見直しを行う。

30分以上60分未満　229単位／回　⇒　（改正後）20分以上45分未満　190単位／回
60分以上　291単位／回　（改正後）45分以上　235単位／回

また、身体介護に引き続き生活援助を行う場合の時間区分の見直しを行う。

30 分以上　83 単位／回　⇒　（改正後）20 分以上　70 単位／回
60 分以上　166 単位／回　⇒　（改正後）45 分以上　140 単位／回
90 分以上　249 単位／回　⇒　（改正後）70 分以上　210 単位／回

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

なお、二十分未満の身体介護に引き続き生活援助を行う場合は、引き続き行われる生活援助の単位数の加算を行うことはできない（緊急時訪問介護加算を算定する場合を除く。）。

★【神奈川県Q＆A＝ホームページ】

Q：改定前は90分で行っていた訪問介護サービスについて、改定後は赤字となるため、事業所の方針として60分までとし、後の時間を保険外活動として行ってよいか。

A：訪問介護サービスは適切なケアマネジメントに基づいたケアプランを元に作成された訪問介護計画により行われるものであるため、事業所の方針として時間を打ち切り、後の時間を保険外活動とすることは不適切であると考えます。

（５）たんの吸引等の取扱い

【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号）の規定に基づく、自らの事業又はその一環として、たんの吸引等（口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養をいう。以下同じ。）の業務を行うための登録を受けている事業所が、指定訪問介護として行うたんの吸引等に係る報酬上の区分については「身体介護」として取り扱うこと。

（６）生活機能向上連携加算

自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することについての評価を行う。

生活機能向上連携加算（新規） ⇒ 100単位／月

※算定要件
- サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）による訪問リハビリテーションに同行し、理学療法士等と共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を作成していること。
- 当該理学療法士等と連携して訪問介護計画に基づくサービス提供を行っていること
- 当該計画に基づく初回の訪問介護が行われた日から３ヶ月間、算定できること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 「生活機能の向上を目的とした訪問介護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する指定訪問介護の内容を定めたものでなければならない。

② ①の訪問介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この号において「理学療法士等」という。）にサービス提供責任者が同行し、当該利用者のＡＤＬ（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等とサービス提供責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行うものとする。

③ ①の訪問介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

（ア）利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容

（イ）生活機能アセスメントの結果に基づき、アの内容について定めた三月を目途とする達成目標

（ウ）イの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標

（エ）イ及びウの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

④ ③のイ及びウの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。

⑤ ①の訪問介護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う指定訪問介護の内容としては、例えば次のようなものが考えられること。

達成目標として「自宅のポータブルトイレ利用回数一日一回以上利用（一月目、二月目の目標として座位の保持時間）」を設定。

（一月目）訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確

保のための見守り及び付き添いを行う。

（二月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。

（三月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。）。

⑥ 本加算は②の評価に基づき、①の訪問介護計画に基づき提供された初回の指定訪問介護の提供日が属する月以降三月を限度として算定されるものであり、三月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度②の評価に基づき訪問介護計画を見直す必要があること。なお、当該三月の間に利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供が終了した場合であっても、三月間は本加算の算定が可能であること。

⑦ 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び指定訪問リハビリテーションの理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況及び③のイの達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

（７）2級訪問介護員のサービス提供責任者配置減算

サービス提供責任者の質の向上を図る観点から、サービス提供責任者の任用要件のうち「２級課程の研修を修了した者であって、３年以上介護等の業務に従事した者」をサービス提供責任者として配置している事業所に対する評価を適正化する。

サービス提供責任者配置減算（新規）⇒所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定

※算定要件

２級訪問介護員（平成25年4月以降は介護職員初任者研修修了者）のサービス提供責任者を配置していること。

（注）平成25年3月31日までは、

- 平成24年3月31日時点で現にサービス提供責任者として従事している２級訪問介護員が4月1日以降も継続して従事している場合であって
- 当該サービス提供責任者が、平成25年3月31日までに介護福祉士の資格取得若しくは実務者研修、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員１級課程の修了が確実に見込まれるとして都道府県知事に届け出ている場合に、

本減算は適用しないこととする、経過措置を設けること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成十一年九月十七日老企第二十五号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において、「サービス提供責任者の任用要件として、「三年以上介護等の業務に従事した者であって、二級課程を修了したもの」を定めているところであるが、この要件については暫定的なもの

である」とされており、サービス提供責任者の質の向上を図る観点から、将来に向け当該暫定措置を解消することとしている。このため、二級課程修了者であるサービス提供責任者を配置する事業所に係る訪問介護費を減算することとしたところであり、当該者を配置する指定訪問介護事業所は、早期にこれらの者に介護福祉士の資格取得等をさせるよう努めること。

② 平成二十四年三月三十一日現在、現にサービス提供責任者として従事している者については、その処遇に配慮する観点から、介護福祉士の資格取得又は実務者研修、介護職員基礎研修若しくは一級ヘルパー研修の修了が「確実に見込まれる」旨を都道府県知事に届け出た場合は、平成二十五年三月三十一日までの間に限り減算の適用を受けないこととする経過措置を設けたところであるが、当該経過措置の適用を受けようとする指定訪問介護事業所は、当該職員の介護福祉士の受験又は実務者研修等の受講意思を文書で確認し、当該受験又は受講時期の見込みを記載した書面を作成し保管しなければならないこと。なお、当該サービス提供責任者が育児休業、介護休業又は病気休職の期間中である場合の、当該文書及び書面の作成については、当該育児休業等の終期（当該終期が経過措置の対象期間である場合に限る。）までに行うことで差し支えない。

③ ②の経過措置の適用を受けようとする事業所においては、都道府県知事（地方自治法（昭和二十二年年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下「指定都市」という。）及び同法第二百五十二条の二十二第一項の中核市（以下「中核市」という。）においては、指定都市又は中核市の市長。以下同じ。）に対する届出を平成二十四年四月末日までに行うものとする。

④ ②の経過措置に係るサービス提供責任者が同一法人（グループ法人及び事業承継した場合の承継先法人を含む。）内の他の指定訪問介護事業所に異動した場合についても、当該経過措置は適用されること。この場合において、②により作成した文書及び書面については、当該他の指定訪問介護事業所で保管し、当該他の指定訪問介護事業所は速やかに都道府県知事に届け出なければならないこと。

★【神奈川県Q＆A＝ホームページ】

Q：4月に新規の開設を予定しているが、2級ヘルパーがサービス提供責任者となると減算となるのか。

A：平成24年4月1日以降に新規に指定を受ける事業所及び新たに2級課程修了者をサービス提供責任者とする事業所については、原則として経過措置が適用されず、減算の適用となります。

（８）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

サービス付き高齢者向け住宅等の建物と同一の建物に所在する事業所が、当該住宅等に居住する一定数以上の利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化する。

同一建物に対する減算（新規）⇒ 所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定

※算定要件

- 利用者が居住する住宅と同一の建物（※）に所在する事業所であって、当該住宅に居住する利用者に対して、前年度の月平均で30人以上にサービス提供を行っていること。
- 当該住宅に居住する利用者に行ったサービスに対してのみ減算を行うこと。

（※）養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅

（注）介護予防訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護及び（介護予防）小規模多機能型居宅介護（前年度の月平均で、登録定員の80%以上にサービスを提供していること。）において同様の減算を創設する。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 同一の建物の定義

注７における「同一の建物」とは、当該指定訪問介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の一階部分に指定訪問介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。また、ここでいう同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定訪問介護事業所の指定訪問介護事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

② 前年度の一月当たりの実利用者

厚生労働大臣が定める施設基準（平成二十四年厚生労働省告示第〇号。以下「〇号告示」という。）第一号の「前年度の一月当たりの実利用者の数」の計算に当たっては、前年度（毎年四月一日に始まり翌年三月三十一日をもって終わる年度とする。以下同じ。）（三月を除く。）の各月の実利用者（月の末日において当該指定訪問介護事業所と同一の建物に居住しており、かつ、当月に当該事業所が指定訪問介護の提供を行った者をいう。）の実人数を合計し、指定訪問介護の事業を実施した月（指定訪問介護を提供した月に限る。）数で除した数（端数切り捨て）をいう。）とする。したがって、年度途中に事業を開始した事業所は当該事業開始年度には、三月に事業を開始した事業所は当該事業開始時の翌年度には、本減算は適用されないが、前年度（三月を除く。）の実績が一月以上ある事業所には本減算の適用があり得ること。

③ ②の実利用者については、当該指定訪問介護事業所が、指定介護予防訪問介護事業所と一体的な運営をしている場合、指定介護予防訪問介護の利用者を含めて計算すること。

④ 本減算の対象となるのは、当該事業所と同一の建物に居住する利用者に限られることに留意すること。

（９）特定事業所加算

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正によって、介護福祉士及び研修を受けた介護職員等が、登録事業所の事業の一環として、医療関係者との連携等の条件の下にたんの吸引等を実施することが可能となったこと及び介護福祉士の養成課程における実務者研修が創設されることに伴い、特定事業所加算について、要件の見直しを行う。

※算定要件（変更点のみ）

- 重度要介護者等対応要件に「たんの吸引等が必要な者（※）」を加えること。
- 人材要件に「実務者研修修了者」を加えること。

（※）たんの吸引等

- 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

（１０）指定基準に関する主な見直しの内容

サービス提供責任者の配置に関する規定を以下のとおり改正する。

- 常勤の訪問介護員等のうち、利用者（前3月の平均値（新規指定の場合は推定数））が40人又はその端数を増す毎に1人以上の者をサービス提供責任者としなければならないこと（平成25年3月末までは従前の配置で可）。
- サービス提供責任者は、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護員１級課程修了者又は訪問介護員 2 級課程修了者（介護等の業務に 3 年以上従事した者に限る。）であって、専ら指定訪問介護の職務に従事するもの（原則、常勤の者）を充てなければならないこと。

（※）介護予防訪問介護についても同様

★【神奈川県Q＆A＝ホームページ】

Ｑ：サービス提供責任者の配置は利用者４０人ごとに１人ずつ必要との解釈でよいか。また、非常勤の配置も可能か。

Ａ：サービス提供責任者は利用者の数が40名又はその端数を増すごとに常勤職員１名以上を配置しなければなりません。この場合、利用者の数は、前３月の平均値によるものとされており、新規指定を受ける場合にあたっては推定数により配置をします。

３　訪問看護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.55 円／単位　⇒　（改正後）10.84 円／単位

（２）時間区分毎の報酬・基準の見直し

短時間かつ頻回な訪問看護のニーズに対応したサービスの提供の強化という観点から、時間区分毎の報酬や基準の見直しを行う。

【訪問看護ステーションの場合】

20分未満　285単位／回	⇒	（改正後）316単位／回
30分未満　425単位／回	⇒	（改正後）472単位／回
30分以上60分未満　830単位／回	⇒	（改正後）830単位／回
1時間以上1時間30分未満　1198単位／回	⇒	（改正後）1138単位／回

【病院又は診療所の場合】

20分未満　230単位／回	⇒	（改正後）255単位／回
30分未満　343単位／回	⇒	（改正後）381単位／回
30分以上60分未満　550単位／回	⇒	（改正後）550単位／回
1時間以上1時間30分未満　845単位／回	⇒	（改正後）811単位／回

※算定要件（20分未満）

・　利用者に対し、週に１回以上20分以上の訪問看護を実施していること。

・　利用者からの連絡に応じて、訪問看護を24時間行える体制であること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

①　二十分未満の訪問看護の算定について

二十分未満の訪問看護は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な利用者に対し、日中等の訪問看護における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提として行われるものである。したがって、居宅サービス計画又は訪問看護計画において二十分未満の訪問看護のみが設定されることは適切ではなく、二十分以上の訪問看護を週一回以上含む設定とすること。なお二十分未満の訪問看護は、訪問看護を二十四時間行うことができる体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算の届け出をしている場合に算定可能である。

②　訪問看護は在宅の要介護者の生活パターンや看護の必要性に合わせて提供されるべきであることから、単に長時間の訪問看護を複数回に区分して行うことは適切ではない。そのため、次のような取扱いとして行うこと。

一．前回提供した訪問看護から概ね二時間未満の間隔で訪問看護を行う場合（利用者の状態の変化等により緊急の訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算するものとする。

二．一人の看護職員又は理学療法士等（理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士をいう。以下４において同じ。）が訪問看護を行った後に、続いて同じ職種の別の看護職員又は理学療法士等が続いて訪問看護を提供した場合（看護職員が訪問

看護を行った後に続いて別の看護職員が訪問看護を行う場合）も、所要時間を合算することとする。なお、看護職員による訪問看護の提供時間を合算した場合に、准看護師による訪問看護が含まれる場合には、当該訪問看護費は、准看護師による訪問看護費を算定する。

三. 一人の看護職員又は理学療法士等が訪問看護を行った後に、続いて他の職種の看護職員又は理学療法士等が訪問看護を実施した場合（看護職員が訪問看護を行った後に続いて別の理学療法士等が訪問看護を行う場合など）は職種ごとに算定できる。

四. なお、一人の利用者に対して、連続して訪問看護を提供する必要性については、適切なケアマネジメントに基づき判断すること。

（３）理学療法士等による訪問看護の見直し

訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護について、時間区分毎の報酬や基準の見直しを行う。

30分未満　425単位／回
30分以上60分未満　830単位／回
⇒　1回あたり 316単位／回
（※1回あたり20分）

※1日に2回を超えて訪問看護を行う場合、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。
※1週間に6回を限度に算定する。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

理学療法士等による訪問看護は、一回当たり二十分以上訪問看護を実施することとし、一人の利用者につき週に六回を限度として算定する。

（４）ターミナルケア加算

在宅での看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和を行う。

ターミナルケア加算 2，000単位／死亡月 ⇒ 算定要件の見直し

※算定要件（変更点のみ）
死亡日及び死亡日前14日以内に２日以上（死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険に よる訪問看護の提供を受けている場合、１日以上）ターミナルケアを行った場合。
（注）医療保険においてターミナルケア加算を算定する場合は、算定できない。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台(①④⑤省略)】

② ターミナルケア加算は、一人の利用者に対し、一か所の事業所に限り算定できる。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービスを利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び

訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算（以下４においてターミナルケア加算等」という）は算定できないこと。

③ 一の事業所において、死亡日及び死亡日前十四日以内に医療保険又は介護保険の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ一日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。

（５）退院時共同指導加算

医療機関からの退院後に円滑に訪問看護が提供できるよう、入院中に訪問看護ステーションの看護師等が医療機関と共同し在宅での療養上必要な指導を行った場合や、初回の訪問看護の提供を評価する。

退院時共同指導加算（新規）　⇒　600単位／回

※算定要件
- 病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合。
- 退院又は退所後の初回の訪問看護の際に、1回（特別な管理を要する者である場合、2回）に限り算定できること。

（注）医療保険において算定する場合や初回加算を算定する場合は、算定できない。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 退院時共同指導加算は、病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、訪問看護ステーションの看護師等が退院時共同指導を行った後に、当該者の退院又は退所後、初回の訪問看護を実施した場合に、一人の利用者に当該者の退院又は退所につき一回（厚生労働大臣が定める状態（二十三号告示第五号を参照のこと。）にある利用者について、複数日に退院時共同指導を行った場合には二回）に限り、当該加算を算定できること。この場合の当該加算は、初回の訪問看護を実施した日に算定すること。なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できること。

② 二回の当該加算の算定が可能である利用者（①の厚生労働大臣が定める状態の者）に対して複数の訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスが退院時共同指導を行う場合にあっては、一回ずつの算定も可能であること。

③ 複数の訪問看護ステーション等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設に対し、他の訪問看護ステーション等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。

④ 退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービスを利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における当

該加算は算定できないこと（②の場合を除く。）。

⑤　退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

（６）初回加算

初回加算（新規）　⇒　300単位／月

※算定要件
- 新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合。
- 初回の訪問看護を行った月に算定する。

（注）退院時共同指導加算を算定する場合は、算定できない。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

本加算は、利用者が過去二月間において、当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって新たに訪問看護計画書を作成した場合に算定する。

（７）緊急時訪問看護加算

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービスを利用した場合の当該各サービスにおける緊急時訪問看護加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における二十四時間連絡体制加算及び二十四時間対応体制加算は算定できないこと。

（８）特別管理加算

利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、特別な管理を必要とする者についての対象範囲と評価を見直す。

特別管理加算 250単位／月　⇒
- （改正後）特別管理加算（Ⅰ）　500単位／月
- （改正後）特別管理加算（Ⅱ）　250単位／月

※算定要件

特別管理加算（Ⅰ）　在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や留置カテーテル等を使用している状態であること。

特別管理加算（Ⅱ）　在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や真皮を越える褥瘡の状態等であること。

（注）医療保険において算定する場合は、算定できない。

また、特別管理加算及び緊急時訪問看護加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 特別管理加算については、利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。

② 特別管理加算は、当該月の第一回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に算定するものとする。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービスを利用した場合の当該各サービスにおける特別管理加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における特別管理加算は算定できないこと。

③ 特別管理加算は、一人の利用者に対し、一か所の事業所に限り算定できる。なお、二か所以上の事業所から訪問看護を利用する場合については、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。

④ 「真皮を越える褥瘡の状態」とは、ＮＰＵＡＰ（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はＤＥＳＩＧＮ分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４若しくはＤ５に該当する状態をいう。

⑤ 「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合には、定期的（一週間に一回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について訪問看護記録書に記録すること。

⑥ 「点滴注射を週三日以上行う必要があると認められる状態」とは、主治の医師が点滴注射を週三日以上行うことが必要である旨の指示を訪問看護事業所に対して行った場合であって、かつ、当該事業所の看護職員が週三日以上点滴注射を実施している状態をいう。

⑦ ⑥の状態にある者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、訪問看護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。

⑧ 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。

（９）看護・介護職員連携強化加算

介護職員によるたんの吸引等は、医師の指示の下、看護職員との情報共有や適切な役割分担の下で行われる必要があるため、訪問介護事業所と連携し、利用者に係る計画の作成の支援等について評価する。

看護・介護職員連携強化加算（新規）　⇒　250単位／月

※算定要件

訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等（※）が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合。

（※）たんの吸引等

・ 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 看護・介護職員連携強化加算は、訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等に同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、又は利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定する。なお、訪問介護員等と同行訪問した場合や会議に出席した場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

② 当該加算は、①の訪問介護員等と同行訪問を実施した日又は会議に出席した日の属する月の初日の訪問看護の実施日に加算する。

③ 当該加算は訪問看護が二十四時間行える体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算を届け出をしている場合に算定可能である。

④ 訪問看護事業所の看護師等が、訪問介護員等と同行し、たんの吸引等の実施状況を確認する際、通常の訪問看護の提供以上に時間を要した場合であっても、ケアプラン上に位置づけられた訪問看護費を算定する。

⑤ 当該加算は訪問介護員等のたんの吸引等の技術不足を補うために同行訪問を実施することを目的としたものではないため、訪問介護員等のたんの吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的で、訪問看護事業所の看護職員が同行訪問を実施した場合は、当該加算及び訪問看護費は算定できない。

（１０）定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携に対する評価

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて訪問看護を提供した場合について評価を行う。また、要介護度の高い利用者への対応について評価を行うとともに、医療保険の訪問看護の利用者に対する評価を適正化する。

定期巡回・随時対応サービス連携型訪問看護（新規）　⇒　2,920単位／月
要介護５の者に訪問看護を行う場合の加算（新規）　⇒　800単位／月
医療保険の訪問看護を利用している場合の減算（新規）　⇒　96 単位／日

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携については、訪問看護を二十四時間行うことができる体制を整えている事業所であって、緊急時訪問看護加算体制を届出ていることが必要である。

② 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の報酬は月額定額報酬であるが、次のような場合には次のような取扱いとする。

一. 月の途中から訪問看護を利用した場合又は月の途中で訪問看護の利用を終了した場合には、利用期間（訪問看護の利用を開始した日から月末日まで又は当該月の初日から利用を終了した日まで）に対応した単位数を算定する（以下４において「日割り計算」という。）こととする。なお、利用を開始した日とは、利用者が訪問看護事業者と利用契約を結んだ日ではなく、実際に利用者が定期巡回・随時

対応型訪問介護看護を利用した日をいう。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護サービスのみ利用していた者が、あらたに訪問看護サービスを利用開始した場合は訪問看護を利用した日をいう。

二. 月の途中に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を利用している場合は、その期間について日割り計算により算定する。

三. 月の途中で要介護五から他の要介護度に変更となった場合、及び他の要介護度から要介護五に変更になった場合は日割り計算により算定する。

四. 月の途中で特別訪問看護指示書が交付された期間及び月途中で、末期の悪性腫瘍又は別に厚生労働大臣が定める疾病の状態（〇号告示第三号を参照のこと。）となった場合は、その状態にある期間について日割り計算により算定する。

（１１）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

訪問介護と同様

（１２）指定基準に係る主な見直しの内容

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所が、訪問看護事業所の指定を併せて受け、かつ、両事業が一体的に運営されている場合には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所に必要な看護師等を配置していることをもって訪問看護事業所に必要な看護師等の配置基準を満たしているとみなすこと。

４　訪問リハビリテーション

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.55 円／単位　⇒　（改正後）10.66 円／単位

（２）医師の診察頻度の見直し

利用者の状態に応じたサービスの柔軟な提供という観点から、リハビリ指示を出す医師の診察頻度を緩和する。

＜算定要件の見直し＞

指示を行う医師の診療の日から		指示を行う医師の診療の日から
1月以内	⇒	３月以内

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日から三月以内に行われた場合に算定する。また、別の医療機関の医師から情報提供を受けて、訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から三月以内に行われた場合に算定する。

この場合、少なくとも三月に一回は、リハビリテーションの指示を行った医師は当該情報提供を行った医師に対してリハビリテーションによる利用者の状況の変化等について情報提供を行う。なお、指示を行う医師の診察の頻度については利用者の状態に応じ、医師がその必要性を適切に判断する。

（３）介護老人保健施設からの訪問リハビリテーション

介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションの実施を促進する観点から、病院・診療所から提供する訪問リハビリテーションと同様の要件に緩和する。

※算定要件（変更点のみ）

「介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時又は当該介護老人保健施設で行っていた通所リハビリテーションを最後に利用した日あるいはその直近に行った診療の日から１月以内に行われた場合」としていた要件を見直し、介護老人保健施設の医師が診察を行った場合においても、病院又は診療所の医師が診察を行った場合と同様に、３月ごとに診察を行った場合に、継続的に訪問リハビリテーションを実施できるようにすること。

（４）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

訪問介護と同様

（５）訪問介護事業所との連携に対する評価

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション実施時に、訪問介護事業所のサービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、当該サービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合に評価を行う。

訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算　⇒　300単位／回

（注）3 月に 1 回を限度として算定する。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下５において「理学療法士等」という。）が訪問介護事業所のサービス提供責任者に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の身体の状況、家屋の状況、家屋内におけるＡＤＬ等の評価を共同して行い、かつ、当該理学療法士等がサービス提供責任者に対して、訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に、三月に一回を限度として算定する。この場合において、指導及び助言を行った日を含む月の翌月から翌々月までは当該加算は算定できない。なお、当該加算を算定する日は、算定できる訪問リハビリテーション費は一回までとする。

また、理学療法士等は指導及び助言の内容について診療録に記載しておくこと。

（６）頻回のリハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合

★【報酬告示】

指定訪問リハビリテーションを利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く。）が当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、訪問リハビリテーション費は算定しない。

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

注６の「急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合」とは、保険医療機関の医師が、診療に基づき、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものに対して、訪問リハビリテーションを行う旨の指示を行った場合をいう。この場合は、その特別の指示の日から十四日間を限度として医療保険の給付対象となるため、訪問リハビリテーション費は算定しない。

（７）指定基準に係る主な見直しの内容

サテライト型訪問リハビリテーション事業所の設置を可能とすること。

（※）介護予防訪問リハビリテーションについても同様

５　居宅療養管理指導

（１）算定要件の見直し

居宅療養管理指導については、医療保険制度との整合性を図る観点から、居宅療養管理指導を行う職種や、居住の場所別の評価について見直しを行う。また、居宅介護支援事業所との連携の促進という観点から、医師、歯科医師、薬剤師及び看護職員が居宅療養管理指導を行った場合に、ケアマネジャーへの情報提供を必須とする見直しを行う。さらに、看護職員による居宅療養管理指導については、算定要件の緩和を行う 。

【医師が行う場合】　　（改正後）

居宅療養管理指導費（Ⅰ）
500単位／月　⇒
- 同一建物居住者以外の者に対して行う場合　500単位／月
- 同一建物居住者に対して行う場合　450単位／月

居宅療養管理指導費（Ⅱ）
290単位／月　⇒
- 同一建物居住者以外の者に対して行う場合　290単位／月
- 同一建物居住者に対して行う場合　261単位／月

【歯科医師が行う場合】

居宅療養管理指導費
500単位／月　⇒
- 同一建物居住者以外の者に対して行う場合　500単位／月
- 同一建物居住者に対して行う場合　450単位／月

【看護職員が行う場合】

居宅療養管理指導費
400単位／月　⇒
- 同一建物居住者以外の者に対して行う場合　400単位／月
- 同一建物居住者に対して行う場合　360単位／月

（注）薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士について同様の見直しを行う。

※算定要件（変更点のみ）

【医師、歯科医師、薬剤師又は看護職員が行う場合】

居宅介護支援事業者に対し、居宅介護サービス計画の策定等に必要な情報提供を行っていること。

【看護職員が行う場合】

新規の要介護認定又は要介護認定の更新若しくは変更の認定に伴い、サービスが開始された日から起算して6月間に２回を限度として算定することを可能とする。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

同一建物居住者とは、以下の利用者をいう。

（ア）養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の利用者

（イ）短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る。）、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス（宿泊サービスに限る。）、介護予防短期入所生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る。）、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

（２）医師・歯科医師の居宅療養管理指導について

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台（変更部分）】

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員（※）に対するケアプランの作成等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できないこととなるため留意すること。

（※）指定居宅介護支援事業者により指定居宅介護支援を受けている居宅要介護被保険者については居宅サービス計画を作成している介護支援専門員を、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は複合型サービスの利用者にあっては、当該事業所の介護支援専門員をいう。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

居宅療養管理指導以外のサービスを利用していない利用者や自らケアプランを作成している利用者などのケアマネジャーによるケアプランの作成が行われていない利用者に対して居宅療養管理指導を行う場合は、①の規定（上記）にかかわらず算定できること。ただし、当該利用者が、居宅療養管理指導以外にも他の介護サービスを利用している場合にあっては、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、当該他の介護サービス事業者等に対し、介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこととする。

（３）薬剤師が行う居宅療養管理指導について

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台（変更部分）】

薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、　～（中略）～　提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提出するよう努め、速やかに記録（薬局薬剤師にあっては、薬剤服用歴の記録、医療機関の薬剤師にあっては、薬剤管理指導記録）を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告した上で、ケアマネジャーに対するケアプランの作成等に必要な情報提供を行うこととする。

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台（⑨、⑩追加）】

⑧　現に他の医療機関又は薬局の薬剤師が居宅療養管理指導を行っている場合は、居宅療養管理指導費は、算定しない。

⑨　⑧にかかわらず、居宅療養管理指導を行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が連携する他の保険薬局（以下「サポート薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって当該利用者に居宅療養管理指導を行うことについてあらかじめ当該利用者又はその家族の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が居宅療養管理指導を行った場合は居宅療養管理指導費を算定できること。なお、居宅療養管理指導費の算定は在宅基幹薬局が行うこと。

⑩　サポート薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって居宅療養管理指導を行った場

合には次のとおり、薬剤服用歴の記録等を行うこととする。

(1) サポート薬局は、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有すること。

(2) (1) を踏まえ、在宅基幹薬局は、居宅療養管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告や介護支援専門員に対する必要な情報提供等を行うこと。

(3) 在宅基幹薬局は、薬剤服用歴に当該居宅療養管理指導を行ったサポート薬局名及びやむを得ない事由の内容等を記載するとともに、請求明細書の摘要欄にサポート薬局が当該業務を行った日付等を記載すること。

（４）看護師が行う居宅療養管理指導について

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台(変更部分)】

看護職員による居宅療養管理指導については、　～（中略）～　必要に応じて電話相談を行い、併せてケアマネジャーに対するケアプランの作成等に必要な情報提供を行った場合について算定する。

６　通所介護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.45 円／単位　⇒　（改正後）10.54 円／単位

（２）基本報酬の見直し

通常規模型以上事業所の基本報酬について、看護業務と機能訓練業務の実態を踏まえて適正化を行う。また、小規模型事業所の基本報酬について、通常規模型事業所との管理的経費の実態を踏まえて適正化を行う。サービス提供時間の実態を踏まえるとともに、家族介護者への支援（レスパイト）を促進する観点から、サービス提供の時間区分を見直すとともに１２時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供をより評価する仕組みとする。

＜基本サービス費の見直し＞

（例１）小規模型通所介護費の場合

（所要時間６時間以上８時間未満の場合）

要介護１　790単位／日
要介護２　922単位／日
要介護３　1,055単位／日
要介護４　1,187単位／日
要介護５　1,320単位／日

⇒

（所要時間５時間以上７時間未満の場合）

（改正後）要介護１　700単位／日
（改正後）要介護２　825単位／日
（改正後）要介護３　950単位／日
（改正後）要介護４　1,074単位／日
（改正後）要介護５　1,199単位／日

（所要時間７時間以上９時間未満の場合）

（改正後）要介護１　809単位／日
（改正後）要介護２　951単位／日
（改正後）要介護３　1,100単位／日
（改正後）要介護４　1,248単位／日
（改正後）要介護５　1,395単位／日

（例２）通常規模型通所介護費

（所要時間６時間以上８時間未満の場合）

要介護１　677単位／日
要介護２　789単位／日
要介護３　901単位／日
要介護４　1,013単位／日
要介護５　1,125単位／日

⇒

（所要時間５時間以上７時間未満の場合）

（改正後）要介護１　602単位／日
（改正後）要介護２　708単位／日
（改正後）要介護３　814単位／日
（改正後）要介護４　920単位／日
（改正後）要介護５　1,026単位／日

（所要時間７時間以上９時間未満の場合）

（改正後）要介護１　690単位／日
（改正後）要介護２　811単位／日
（改正後）要介護３　937単位／日
（改正後）要介護４　1,063単位／日
（改正後）要介護５　1,188単位／日

（例３）大規模型通所介護費（Ⅰ）

（所要時間６時間以上８時間未満の場合）

要介護１　665単位／日

要介護２　776単位／日

要介護３　886単位／日

要介護４　996単位／日

要介護５　1,106単位／日

⇒

（所要時間５時間以上７時間未満の場合）

（改正後）要介護１　592単位／日

（改正後）要介護２　696単位／日

（改正後）要介護３　800単位／日

（改正後）要介護４　904単位／日

（改正後）要介護５　1,009単位／日

（所要時間７時間以上９時間未満の場合）

（改正後）要介護１　678単位／日

（改正後）要介護２　797単位／日

（改正後）要介護３　921単位／日

（改正後）要介護４　1,045単位／日

（改正後）要介護５　1,168単位／日

（例４）大規模型通所介護費（Ⅱ）

（所要時間６時間以上８時間未満の場合）

要介護１　648単位／日

要介護２　755単位／日

要介護３　862単位／日

要介護４　969単位／日

要介護５　1,077単位／日

⇒

（所要時間５時間以上７時間未満の場合）

（改正後）要介護１　576単位／日

（改正後）要介護２　678単位／日

（改正後）要介護３　779単位／日

（改正後）要介護４　880単位／日

（改正後）要介護５　982単位／日

（所要時間７時間以上９時間未満の場合）

（改正後）要介護１　660単位／日

（改正後）要介護２　776単位／日

（改正後）要介護３　897単位／日

（改正後）要介護４　1,017単位／日

（改正後）要介護５　1,137単位／日

また、１２時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供をより評価する。

１１時間以上１２時間未満　⇒　150単位／日

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

延長加算は、所要時間七時間以上九時間未満の通所介護の前後に連続して日常生活上の世話を行う場合について、三時間を限度として算定されるものであり、例えば、

① 九時間の通所介護の後に連続して三時間の延長サービスを行った場合

② 九時間の通所介護の前に連続して一時間、後に連続して二時間、合計三時間の延長サービスを行った場合には、三時間分の延長サービスとして百五十単位が算定される。

また、当該加算は通所介護と延長サービスを通算した時間が九時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、

③　八時間の通所介護の後に連続して三時間の延長サービスを行った場合には、通所介護と延長サービスの通算時間は十一時間であり、二時間分（＝十一時間－九時間）の延長サービスとして百単位が算定される。

なお、延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていること。

（３）事業所規模による区分の取扱いについて

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台（追加部分）】

一月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に七分の六を乗じた数によるものとする。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台（追加部分）】

なお、平成二十四年三月三十一日時点において、事業を実施している事業者であって、平成二十四年四月以降も引き続き事業を実施するものの平成二十四年度の通所介護費の算定の基礎となる、「前年度の平均利用延人員数」の計算に当たっては、②（＝平均利用延人員数）の計算方法によらず、次の方法により計算すること。

三時間以上四時間未満の報酬を算定している利用者（二時間以上三時間未満の報酬を算定している利用者を含む。）については、利用者数に二分の一を乗じて得た数とし、四時間以上六時間未満の報酬を算定している利用者については利用者数に四分の三を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所介護事業所の利用者数の計算に当たっては、介護予防通所介護の利用時間が四時間未満の利用者については、利用者数に二分の一を乗じて得た数とし、利用時間が四時間以上六時間未満の利用者については、利用者数に四分の三を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所介護事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

（４）機能訓練の体制やサービスの提供方法に着目した評価

利用者の自立支援を促進する観点から、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練（生活機能向上を目的とした訓練）を適切な体制で実施した場合の評価を行う。

（改正前）		（改正後）
個別機能訓練加算（Ⅰ）	⇒	基本報酬に包括化
個別機能訓練加算（Ⅱ）	⇒	個別機能訓練加算（Ⅰ）
新　規	⇒	個別機能訓練加算（Ⅱ）　50単位／日

※算定要件（個別機能訓練加算Ⅱ）

- 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等を１名以上配置していること。
- 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとの心身の状況を重視した、個別機能訓練計画を作成していること。
- 個別機能訓練計画に基づき、機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。

（注）現行の個別機能訓練加算（Ⅰ）は基本報酬に包括化、現行の個別機能訓練加算（Ⅱ）は個別機能訓練加算（Ⅰ）に名称を変更。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 個別機能訓練加算は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下７において「理学療法士等」という。）が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練（以下「個別機能訓練」という。）について算定する。

② 個別機能訓練加算（Ⅰ）に係る機能訓練は、提供時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を一名以上配置して行うものであること。この場合において、例えば一週間のうち、月曜日から金曜日は常勤の理学療法士等が配置され、それ以外の曜日に非常勤の理学療法士等だけが配置されている場合は、非常勤の理学療法士等だけが配置されている曜日については、当該加算の対象とはならない。（個別機能訓練加算（Ⅱ）の要件に該当している場合は、その算定対象となる。）ただし、個別機能訓練加算（Ⅰ）の対象となる理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。なお、通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。

③ 個別機能訓練加算（Ⅰ）に係る機能訓練の項目の選択については、機能訓練指導員等が、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者の選択を援助し、利用者が選択した項目ごとにグループに分かれて活動することで、心身の状況に応じた機能訓練が適切に提供されることが要件となる。また、機能訓練指導員等は、利用者の心身の状態を勘案し、項目の選択について必要な援助を行わなければならない。

④ 個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を一名以上配置して行うものであること。この場合において、例えば、一週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。ただし、この場合、理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。なお、通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。

⑤ 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員

その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等について評価等を行う。なお、通所介護においては、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとすること。

⑥ 個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練は、身体機能そのものの回復を主たる目的とする訓練ではなく、残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的として実施するものである。具体的には、適切なアセスメントを経て利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの状況を把握し、日常生活における生活機能の維持・向上に関する目標（一人で入浴が出来るようになりたい等）を設定のうえ、当該目標を達成するための訓練を実施すること。

⑦ ⑥の目標（＝日常生活における生活機能の維持・向上に関する目標）については、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。

⑧ 個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された五人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とすること。実施時間については、個別機能訓練計画に定めた訓練内容の実施に必要な一回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。また、生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、計画的・継続的に行う必要があることから、概ね週一回以上実施することを目安とする。

⑨ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその後三月ごとに一回以上利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む）を説明し、記録する。また、評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。

⑩ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。

⑪ 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している者であっても、別途個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る訓練を実施した場合は、同一日であっても個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定できるが、この場合にあっては、個別機能訓練加算（Ⅰ）に係る常勤専従の機能訓練指導員は、個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練指導員として従事することはできず、別に個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練指導員の配置が必要である。また、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、それぞれの個別機能訓練計画に基づいた訓練を実施する必要がある。

（５）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

通所介護事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の評価の適正化を行う。

同一建物に対する減算（新規）⇒所定単位数から94単位／日を減じた単位数で算定

※算定要件

- 通所介護事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通い通所系サービスを利用する者であること
- 傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算を行わないこと

（注）介護予防通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション及び（介護予防）認知症対応型通所介護において同様の減算を創設する。

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

- 同一建物の定義

「同一建物」とは、当該指定通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の一階部分に指定通所介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。

また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定通所介護事業所の指定通所介護事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

- 減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から指定通所介護を利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅（同一建物に居住する者を除く。）から通所介護事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が通所介護事業所へ通い、自宅（同一建物に居住する者を除く）に帰る場合、この日は減算の対象となる。
- なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、二人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定通所介護事業所の間の往復の移動を介助した場合に限られること。ただし、この場合、二人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所介護計画に記載すること。また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。

（６）定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 当該事業所の利用定員を上回る利用者を利用させている、いわゆる定員超過利用に対し、介護給付費の減額を行うこととし、厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成十二年厚生省告示第二十七号。以下「通所介護費等の算定方法」という。）において、定員超過利用の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。

② この場合の利用者の数は、一月間（暦月）の利用者の数の平均を用いる。この場合、一月間の利用者の数の平均は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。

③ 利用者の数が、通所介護費等の算定方法に規定する定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者の全員について、所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算され、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定される。

④ 都道府県知事は、定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が二月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

⑤ 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。

（７）人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 当該事業所の看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている、いわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。

② 人員基準欠如についての具体的取扱いは次のとおりとする。

イ）看護職員の数は、一月間の職員の数の平均を用いる。この場合、一月間の職員の平均は、当該月のサービス提供日に配置された延べ人数を当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。

ロ）介護職員等の数は、利用者数及び提供時間数から算出する勤務延時間数（サービス提供時間数に関する具体的な取扱いは、「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービ

ス等に関する基準について」（平成十一年九月十七日老企二十五）第三の六の１⑴を参照すること。）。この場合、一月間の勤務延時間数は、配置された職員の一月の勤務延時間数を、当該月において本来確保すべき勤務延時間数で除して得た数とする。

ハ）人員基準上必要とされる員数から一割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。

・（看護職員の算定式）

$$\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} \quad < \quad 0.9$$

・（介護職員の算定式）

$$\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} \quad < \quad 0.9$$

ニ）一割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

・（看護職員の算定式）

$$0.9 \quad \leqq \quad \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} \quad < \quad 1.0$$

・（介護職員の算定式）

$$0.9 \quad \leqq \quad \frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} \quad < \quad 1.0$$

（８）著しい人員基準欠如が継続する場合の取扱い

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合をのぞき、指定の取消しを検討するものとする。

（９）指定基準に係る主な見直しの内容

- 生活相談員及び介護職員等について、通所介護の単位ごとに提供時間帯を通じた人員配置から、サービス提供時間数に応じた人員配置に見直すこと。ただし、介護職員は、提供時間帯を通じて１以上配置しなければならないこと。（※）介護予防通所介護についても同様
- 療養通所介護については、人材の効率的な活用という観点から、利用定員（8 人から 9 人）について見直しを行う。

7　通所リハビリテーション

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.55円／単位　⇒　（改正後）10.66円／単位

（２）基本報酬の見直し

通所リハビリテーションの機能を明確化し、医療保険からの円滑な移行を促進するため、短時間の個別リハビリテーションの実施について重点的に評価を行うとともに、長時間のリハビリテーションについて評価を適正化する。

＜基本サービス費の見直し＞

（例）通常規模型通所リハビリテーション費

（所要時間１時間以上２時間未満の場合）			（所要時間１時間以上２時間未満の場合）
要介護１	270単位／日		（改正後）要介護１　270単位／日
要介護２	300単位／日		（改正後）要介護２　300単位／日
要介護３	330単位／日	⇒	（改正後）要介護３　330単位／日
要介護４	360単位／日		（改正後）要介護４　360単位／日
要介護５	390単位／日		（改正後）要介護５　390単位／日
（所要時間２時間以上３時間未満の場合）			（所要時間２時間以上３時間未満の場合）
			（改正後）要介護１　284単位／日
			（改正後）要介護２　340単位／日
所要時間３時間以上４時間未満×0.7		⇒	（改正後）要介護３　397単位／日
			（改正後）要介護４　453単位／日
			（改正後）要介護５　509単位／日
（所要時間３時間以上４時間未満の場合）			（所要時間３時間以上４時間未満の場合）
要介護１	386単位／日		（改正後）要介護１　386単位／日
要介護２	463単位／日		（改正後）要介護２　463単位／日
要介護３	540単位／日	⇒	（改正後）要介護３　540単位／日
要介護４	617単位／日		（改正後）要介護４　617単位／日
要介護５	694単位／日		（改正後）要介護５　694単位／日
（所要時間４時間以上６時間未満の場合）			（所要時間４時間以上６時間未満の場合）
要介護１	515単位／日		（改正後）要介護１　502単位／日
要介護２	625単位／日		（改正後）要介護２　610単位／日
要介護３	735単位／日	⇒	（改正後）要介護３　717単位／日
要介護４	845単位／日		（改正後）要介護４　824単位／日
要介護５	955単位／日		（改正後）要介護５　931単位／日

（所要時間6時間以上８時間未満の場合）		（所要時間６時間以上８時間未満の場合）
要介護１　688単位／日		（改正後）要介護１　671単位／日
要介護２　842単位／日		（改正後）要介護２　821単位／日
要介護３　995単位／日	⇒	（改正後）要介護３　970単位／日
要介護４　1,149単位／日		（改正後）要介護４　1,121単位／日
要介護５　1,303単位／日		（改正後）要介護５　1,271単位／日

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

- 所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。そのため、例えば、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないものであり、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数が算定すること（このような家族等の出迎え等までの間のいわゆる「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない。）。
- 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとする。
- 通所リハビリテーション計画上、六時間以上八時間未満の通所リハビリテーションを行っていたが、当日の利用者の心身の状況から、五時間の通所リハビリテーションを行った場合には、六時間以上八時間未満の通所リハビリテーションの単位数を算定できることとする。
- 利用者に対して、一日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあっては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定するものとする（例えば、午前と午後に指定通所リハビリテーションを行う場合にあっては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。）。ただし、一時間以上二時間未満の通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できない。

（３）リハビリテーションマネジメント加算

医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から、リハビリテーションマネジメント加算や個別リハビリテーション実施加算の算定要件等について見直しを行う。

リハビリテーションマネジメント加算 ⇒ 算定要件の見直し

※算定要件（変更点のみ）

・ 1月につき、４回以上通所していること。

・ 新たに利用する利用者について、利用開始後１月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅における利用者の日常生活の状況や家屋の環境を確認した上で、居宅での日常生活能力の維持・向上に資するリハビリテーション提供計画を策定すること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

１．リハビリテーションマネジメント加算は、一月に四回以上通所している場合に、一月に一回算定するものとすること。ただし、指定通所リハビリテーションの利用を開始した月にあって、個別リハビリテーション又は認知症短期集中リハビリテーションを行っている場合にあっては、四回を下回る場合であっても、算定できるものとする。

２．リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。また、個別リハビリテーションは、原則として利用者全員に対して実施するべきものであることから、リハビリテーションマネジメントも原則として利用者全員に対して実施するべきものであること。

３．リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからへまでに掲げるとおり、実施すること。

イ）利用開始時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員その他職種の者（以下この項において「関連スタッフ」という。）が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下この項において「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーション実施計画原案に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画原案の作成に代えることができるものとすること。

ロ）リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね二週間以内及び概ね三月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。なお、この場合にあっては、リハビリテーション実施計画を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション実施計画原案の変更等をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとし、変更等がない場合にあっても、リハビリテーション実施計画原案をリハビリテーション実施計画に代えることができるものとすること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者につい

ては、病院等からの退院（所）日から起算して一月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。また、リハビリテーションカンファレンスの結果、必要と判断された場合は、利用者の担当介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所に対してリハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図るとともに、居宅サービス計画の変更の依頼を行うこと。

ハ）利用を終了する前に、関連スタッフによる終了前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。その際、終了後に利用予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。

ニ）利用終了時には居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。

ホ）ホ指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百十九条において準用する第十九条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものとすること。

ヘ）新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、通所開始日から起算して一月以内に当該利用者の居宅を訪問し、利用者の身体の状況、家屋の状況、家屋内におけるＡＤＬ等の評価等を確認することを趣旨として診察、運動機能検査、作業能力検査等を実施すること。その際、必要に応じて居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を見直すこと。

（４）個別リハビリテーション実施加算

個別リハビリテーション実施加算 ⇒ 算定要件の見直し（80単位／回）

※算定要件（変更点のみ）
・ 所要時間１時間以上２時間未満の利用者について、１日に複数回算定できること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 当該加算は、利用者に対して個別リハビリテーションを二十分以上実施した場合に算定する。

② 指定通所リハビリテーションの利用を終了する日の属する月にあっては、一月に四回以上通所していないためにリハビリテーションマネジメント加算を算定できない場合であっても、本加算を算定することができることとする。

③ 以下の疾患を有する者であって、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診察内容及び運動機能検査の結果を基に、リハビリテーションの提供に関わる理学療法士等、看

護職員又は介護職員等が協働して作成する通所リハビリテーション実施計画において、一月に四回以下の通所であっても効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合についても同様とする。

a. 高次脳機能障害（失語症を含む。）

b. 先天性又は進行性の神経・筋疾患（医科診療報酬点数表における難病患者リハビリテーション料に規定する疾患）

（５）短期集中リハビリテーション実施加算

短期集中リハビリテーション実施加算に含まれていた、個別リハビリテーションの実施に係る評価を切り分ける見直しを行う。

（改正前）		（改正後）
退院・退所後又は認定日から起算して１月以内	280単位／日	⇒ 退院・退所後又は認定日から起算して１月以内 120単位／日
退院・退所後又は認定日から起算して１月超３月以内	140単位／日	⇒ 退院・退所後又は認定日から起算して１月超３月以内 60単位／日

（注）短期集中リハビリテーション実施加算は、1週間につき40分以上の個別リハビリテーション（退院後１月超の場合は、1週間につき20分以上の個別リハビリテーション）を複数回実施した場合に算定する（変更なし）。

（参考）個別リハビリテーション実施加算の算定回数について

	1週間に複数回、個別リハビリを実施する場合（短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合に限る。）				1週間に複数回個別リハビリを実施しない場合又は退院後3月～	
	退院後～1月		退院後1月～3月まで			
	算定上限回数（1日）	算定上限回数（1月）	算定上限回数（1日）	算定上限回数（1月）		
1時間～2時間の通所リハビリ	通所リハビリ実施時間内	－	通所リハビリ実施時間内	－	通所リハビリ実施時間内	13回
2時間以上の通所リハビリ	2回	－	1回	－	1回	13回

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

短期集中リハビリテーション実施加算における集中的な通所リハビリテーションとは、退院（所）日又は認定日から起算して一月以内の期間に行われた場合は一週につき概ね二回以上、一回当たり四十分以上、退院（所）日又は認定日から起算して一月を超え三月以内の期間に行われた場合は一週につき概ね二回以上、一回当たり二十分以上の個別リハビリテーションを行う必要があること。なお、指定通所リハビリテーションの利用を終了する日の属する月にあっては、一月に四回以上通所していないためにリハビリテーションマネジメント加算を算定でき

ない場合であっても、本加算を算定することができることとする。

（６）重度療養管理加算

手厚い医療が必要な利用者に対するリハビリテーションの提供を促進する観点から、要介護度４又は５であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行う。

重度療養管理加算（新規） ⇒ 100単位／日

※算定要件
所要時間1時間以上2時間未満の利用者以外の者であり、要介護４又は５であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。
（注）別に厚生労働大臣が定める状態（イ～リのいずれかに該当する状態）
イ）常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
ロ）呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
ハ）中心静脈注射を実施している状態
ニ）人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
ホ）重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
ヘ）膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストーマの処置を実施している状態
ト）経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
チ）褥瘡に対する治療を実施している状態
リ）気管切開が行われている状態

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 重度療養管理加算は、要介護四又は要介護五に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態（〇号告示）にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い通所リハビリテーションを行った場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。

② 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（二十三号告示第〇号のイからリまで）を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

ア．〇号告示第〇号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において一日当たり八回（夜間を含め約三時間に一回程度）以上実施している日が二十日を超える場合をいうものであること。

イ．〇号告示第〇号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において一週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ウ．〇号告示第〇号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困

難な利用者であること。

エ. ○号告示第○号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週二日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。

A. 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
B. 常時低血圧（収縮期血圧が九十mmHg以下）
C. 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
D. 出血性消化器病変を有するもの
E. 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
F. うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの

オ. ○号告示第○号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧九十mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度九十%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

カ. ○号告示第○号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

キ. ○号告示第○号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。

ク. ○号告示第○号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第三度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。

第一度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
第二度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）
第三度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

ケ. ○号告示第○号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。

（７）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

通所介護と同様

（８）定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について

通所介護と同様

（９）人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について

通所介護と同様

８　短期入所生活介護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.45円／単位　⇒　（改正後）10.54円／単位

（２）基本報酬の見直し

介護福祉施設サービス費の見直しに併せて、短期入所生活介護費の見直しを行う。

＜基本サービス費の見直し＞

（例１）単独型短期入所生活介護費（Ⅰ）：従来型個室

要介護１	655単位／日		（改正後）要介護１　645単位／日
要介護２	726単位／日		（改正後）要介護２　715単位／日
要介護３	796単位／日	⇒	（改正後）要介護３　787単位／日
要介護４	867単位／日		（改正後）要介護４　857単位／日
要介護５	937単位／日		（改正後）要介護５　926単位／日

（例２）併設型短期入所生活介護費（Ⅰ）：従来型個室

要介護１	621単位／日		（改正後）要介護１　609単位／日
要介護２	692単位／日		（改正後）要介護２　679単位／日
要介護３	762単位／日	⇒	（改正後）要介護３　751単位／日
要介護４	833単位／日		（改正後）要介護４　821単位／日
要介護５	903単位／日		（改正後）要介護５　890単位／日

（例３）単独型ユニット型短期入所生活介護費（Ⅰ）：ユニット型個室

要介護１	755単位／日		（改正後）要介護１　747単位／日
要介護２	826単位／日		（改正後）要介護２　817単位／日
要介護３	896単位／日	⇒	（改正後）要介護３　890単位／日
要介護４	967単位／日		（改正後）要介護４　960単位／日
要介護５	1,027単位／日		（改正後）要介護５　1,029単位／日

（例４）併設型ユニット型短期入所生活介護費（Ⅰ）：ユニット型個室

要介護１	721単位／日		（改正後）要介護１　711単位／日
要介護２	792単位／日		（改正後）要介護２　781単位／日
要介護３	862単位／日	⇒	（改正後）要介護３　854単位／日
要介護４	933単位／日		（改正後）要介護４　924単位／日
要介護５	993単位／日		（改正後）要介護５　993単位／日

（３）緊急時の受入れに対する評価

緊急時の円滑な受入れを促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、一定割合の空床を確保している事業所の体制や、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて評価を行う。その際、常時空床のある事業所については算定しない仕組みとするなど、必要な要件を設定する。

緊急短期入所ネットワーク加算　　⇒　廃止
緊急短期入所体制確保加算（新規）　⇒　40単位／日
緊急短期入所受入加算（新規）　　⇒　60単位／日

※算定要件
＜緊急短期入所体制確保加算＞
利用定員の100分の5に相当する空床を確保し、緊急時に短期入所生活介護を提供できる体制を整備しており、かつ、前3月における利用率が100分の90以上である場合に、利用者全員に対して算定できること。
＜緊急短期入所受入加算＞
・ 介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により、介護を受けることができない者であること。
・ 居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていないこと。
・ 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の利用を認めていること。
・ 緊急利用のために確保した利用定員の100分の5に相当する空床（緊急用空床）以外の利用が出来ない場合であって、緊急用空床を利用すること。
・ 緊急短期入所受入加算は利用を開始した日から起算して原則7日を限度とする。
・ 緊急短期入所受入加算は100分の5の緊急確保枠を利用する場合に算定可能とし、100分の５の緊急確保枠以外の空床利用者は、当該加算を算定することができない。

（注）連続する3月間において、緊急短期入所受入加算を算定しない場合、続く3月間においては、緊急短期入所体制確保加算及び緊急短期入所受入加算は算定できない。

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 緊急短期入所体制確保加算

ア．緊急短期入所体制確保加算は、緊急に指定短期入所生活介護を受ける必要がある者を受け入れるために利用定員の百分の五に相当する空床を確保している事業所（指定居宅サービス基準第百二十一条第二項に規定する事業所を除く。以下同じ。）の利用者全員に対し加算する。

イ．具体的には、各月ごとに平均で利用定員の百分の五に相当する空床（以下「緊急利用枠」という。）を確保するということであり、一日当たりの利用定員の五%に当該月の営業日数を乗じて得た数とする（端数切り上げ）。例えば、利用定員十人の事業所の場合においては、10×5%×三十日（四月の場合）＝15となり、緊急利用枠として月平均十五床

を確保する必要がある。なお、当該指定短期入所生活介護事業所に係る指定短期入所生活介護事業者が介護予防短期入所生活介護事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、指定介護予防短期入所生活介護にかかる利用定員も合算して算出すること。

ウ. 緊急利用枠は算定期間を通じて固定する必要はないが、連続する日数分について同一ベッドを緊急利用枠とすること。例えば、イにより算出した緊急利用枠が十五床となる場合は、連続する十五日間、同一ベッドを緊急利用枠とする必要がある。

エ. 前三月における稼働率が百分の九十以上であることが必要であるが、当該要件は、当該加算に該当するものとして届出を行う際に満たしていればよく、その後も維持しなければならないものではない。ただし、③のとおり、当該加算を算定しなくなった後に再度当該加算を算定しようとする場合は、当該要件を満たす必要がある。なお、当該指定短期入所生活介護事業所に係る指定短期入所生活介護事業者が介護予防短期入所生活介護事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、指定介護予防短期入所生活介護にかかる利用者も合算して算出すること。

オ. 本加算に係る空床を確保していることについて、事業所内の見やすい場所に掲示するとともに、指定居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化していること。また、緊急利用枠も含め空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、月一回程度、空床情報を公表するよう努めること。

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

② 緊急短期入所受入加算

ア. 緊急短期入所受入加算は、緊急短期入所体制確保加算を算定している事業所で、緊急利用枠に緊急利用者を受け入れたときに、当該緊急利用者のみ加算する。

イ. 「緊急利用者」とは、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により居宅で介護を受けることができない、かつ、居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていない者をいう。

ウ. あらかじめ、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の必要性及び利用を認めていること。ただし、やむを得ない事情により、事後に介護支援専門員により当該サービス提供が必要であったと判断された場合には、加算の算定は可能である。

エ. 本加算は、緊急利用枠以外の空床が既に利用されていることを要件としているが、例えば、緊急利用枠以外の空床はあるが、緊急利用者の希望する利用日数の関係又は男女部屋の関係から当該空床を利用することができないなど、やむを得ない事情がある場合には緊急利用枠の利用が可能であり、当該加算を算定できるものとする。

オ. 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。

カ. 既に緊急利用者を受け入れているために緊急の利用を希望している者を受け入れることが困難な場合は、利用希望者に対し、別の事業所を紹介するなど適切な対応を行うこと。

キ. 本加算の算定対象期間は原則として七日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護

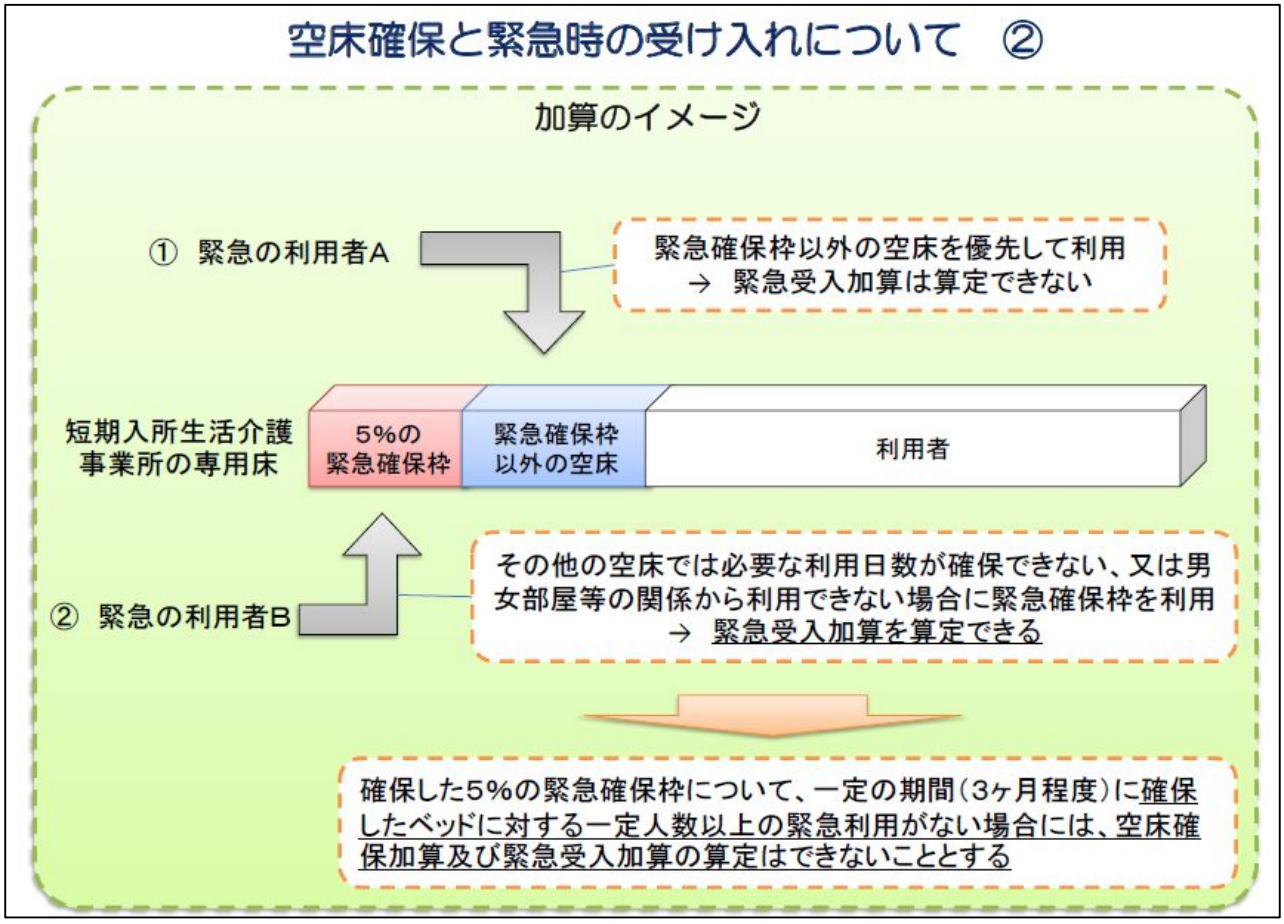
を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談すること。ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、七日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で十四日を限度に引き続き加算を算定することができる。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。

★【H24.2.23 全国課長会議＝留意事項たたき台】

③ その他

緊急短期入所体制確保加算の算定を開始した月以降において、連続する三月間に緊急短期入所受入加算の算定実績が無い場合には、続く三月間は緊急短期入所体制確保加算及び緊急短期入所受入加算は算定できない。なお、実績については毎月記録するものとし、所定の実績がない場合については、直ちに第１の２の届け出を提出しなければならない。

★【H24.2.2　神奈川県課長会議資料】



（４）指定基準に係る主な見直しの内容

基準該当短期入所生活介護の基準を以下のとおり改正する。

・ 医師の配置義務を廃止すること。

・ 利用者１人当たりの床面積を 7.43 ㎡以上とすること。

（※）介護予防短期入所生活介護についても同様

９　短期入所療養介護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.45円／単位　⇒　（改正後）10.54円／単位

（２）基本報酬の見直し

介護保健施設サービス費又は介護療養施設サービス費等の見直しに併せて、短期入所療養介護費の見直しを行う。

＜基本サービス費の見直し＞

（例）介護老人保健施設における短期入所療養介護費

【介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）】

＜介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）：従来型個室＞

要介護１	746単位／日		（改正後）要介護１　750単位／日
要介護２	795単位／日		（改正後）要介護２　797単位／日
要介護３	848単位／日	⇒	（改正後）要介護３　860単位／日
要介護４	902単位／日		（改正後）要介護４　912単位／日
要介護５	955単位／日		（改正後）要介護５　965単位／日

＜介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）：従来型個室＞

		（改正後）要介護１　779単位／日
		（改正後）要介護２　851単位／日
（新規）	⇒	（改正後）要介護３　913単位／日
		（改正後）要介護４　970単位／日
		（改正後）要介護５　1,025単位／日

＜介護老人保健施設短期入所療養介護費：多床室＞

	（ⅱ）		（ⅲ）
要介護１	845単位／日		（改正後）要介護１　826単位／日
要介護２	894単位／日		（改正後）要介護２　874単位／日
要介護３	947単位／日	⇒	（改正後）要介護３　937単位／日
要介護４	1,001単位／日		（改正後）要介護４　990単位／日
要介護５	1,054単位／日		（改正後）要介護５　1,043単位／日

＜介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅳ）：多床室＞

		（改正後）要介護１　859単位／日
		（改正後）要介護２　933単位／日
（新規）	⇒	（改正後）要介護３　996単位／日
		（改正後）要介護４　1,052単位／日
		（改正後）要介護５　1,108単位／日

（３）重度療養管理加算

短期入所療養介護については、介護老人保健施設における医療ニーズの高い利用者の受入れを促進する観点から、要介護度４又は５であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行う。

重度療養管理加算（新規）　⇒　120単位／日

※算定要件

要介護４又は５であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、短期入所療養介護を行った場合。

（注）別に厚生労働大臣が定める状態（イ～リのいずれかに該当する状態）

イ）常時頻回の喀痰吸引を実施している状態

ロ）呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態

ハ）中心静脈注射を実施している状態

ニ）人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態

ホ）重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態

ヘ）膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストーマの処置を実施している状態

ト）経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態

チ）褥瘡に対する治療を実施している状態

リ）気管切開が行われている状態

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 重度療養管理加算は、要介護四又は要介護五に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態（〇号告示）にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い、指定短期入所療養介護を行った場合に、所定単位数を加算する。当該加算を算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。

② 重度療養管理加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であること。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（〇号告示第〇号のイからリまで）を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

ア．〇号告示第〇号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において一日当たり八回（夜間を含め約三時間に一回程度）以上実施している日が二十日を超える場合をいうものであること。

イ．〇号告示第〇号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において一週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ウ．〇号告示第〇号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難

な利用者であること。

エ．〇号告示第〇号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週二日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。

a. 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
b. 常時低血圧（収縮期血圧が九十㎜Hg以下）
c. 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
d. 出血性消化器病変を有するもの
e. 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
f. うっ血性心不全（ＮＹＨＡⅢ度以上）のもの

オ．〇号告示第〇号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧九十㎜Hg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度九十%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

カ．〇告示第〇号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

キ．〇号告示第〇号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。

ク．〇号告示第〇号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第三度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。

第一度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
第二度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）
第三度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

ケ．〇号告示第〇号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。

（４）緊急時の受入れに対する評価

緊急時の受入れを促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて評価を行う。

緊急短期入所ネットワーク加算　⇒　廃止

緊急短期入所受入加算（新規）　⇒　90単位／日

※算定要件

- 利用者の状態や家族の事情等により、介護支援専門員が、短期入所療養介護を受ける必要があると認めていること。
- 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行っていること。
- 利用を開始した日から起算して、7日を算定の限度とすること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 本加算は、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定できる。

② やむを得ない事情により、当該介護支援専門員との事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても、当該加算を算定できる。

③ 七日を限度として算定することとあるのは、本加算が、緊急に居宅サービス計画の変更を必要とした利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後八日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。また、緊急に受入れを行った事業所については、当該利用者が速やかに居宅における生活に復帰できるよう、居宅介護支援事業者と密接な連携を行い、相談すること。

④ 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。

⑤ 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した場合には、当該加算は算定できないものであること。

⑥ 緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化すること。また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めること。

10　特定施設入居者生活介護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.45円／単位　⇒　（改正後）10.54円／単位

（２）基本報酬の見直し

介護福祉施設サービス費の見直しに併せて、特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費の見直しを行う。

＜特定施設入居者生活介護費＞

要介護１	571単位／日		（改正後）要介護１　560単位／日
要介護２	641単位／日		（改正後）要介護２　628単位／日
要介護３	711単位／日	⇒	（改正後）要介護３　700単位／日
要介護４	780単位／日		（改正後）要介護４　768単位／日
要介護５	851単位／日		（改正後）要介護５　838単位／日

＜外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費＞

要介護　87単位／日　⇒　（改正後）要介護　86単位／日

（注）特定施設入居者生活介護費の見直しに併せて、当該外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費に係る限度単位数の見直しを行う。

（３）看取りの対応強化

特定施設入居者生活介護については、看取りの対応を強化する観点から、特定施設において看取り介護を行った場合に評価を行う。

看取り介護加算（新規）　⇒
- 死亡日以前4～30日　80単位／日
- 死亡日前日及び前々日　680単位／日
- 死亡日　1,280単位／日

※算定要件
- 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- 利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
- 医師、看護師又は介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて、随時、介護が行われていること。
- 夜間看護体制加算を算定していること。

（注）外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費又は短期利用特定施設入居者生活介護費を算定している場合、当該加算は算定しない。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 看取り介護加算は、医師が、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を本人又はその家族に対して説明し、その後の療養方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得た上で、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援することを主眼として設けたものである。

② 看取り介護加算は、〇号告示第〇号に定める基準に適合する看取り介護を受けた利用者が死亡した場合に、死亡日を含めて三十日を上限として、特定施設において行った看取り介護を評価するものである。

死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該特定施設において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、退居した日の翌日から死亡日までの期間が三十日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。）

③ 特定施設を退居等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、利用者側にとっては、施設に入居していない月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

④ 特定施設は、退居等の後も、継続して利用者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、利用者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、利用者の死亡を確認することができる。

なお、情報の共有を円滑に行う観点から、施設が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が施設に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。

⑤ 本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

また、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。

この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来てもらえなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が利用者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設は、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進める必要がある。

（４）短期利用の促進

一定の要件を満たす特定施設については、家族介護者支援を促進する観点から、特定施設の空室における短期利用を可能とする見直しを行う。

※算定要件

- 特定施設入居者生活介護事業所が初めて指定を受けた日から起算して3年以上経過していること。
- 入居定員の範囲内で空室の居室（定員が１人であるものに限る。）を利用すること。ただし、短期利用の利用者は、入居定員の100分の10以下であること。
- 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。
- 短期利用の利用者を除く入居者が、入居定員の100分の80以上であること。
- 権利金その他の金品を受領しないこと。
- 介護保険法等の規定による勧告等を受けた日から起算して5年以上であること。

（注）外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費を算定している場合には適用しない

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

短期利用特定施設入居者生活介護については、施設基準第〇〇号に規定する基準を満たす特定施設において算定できるものである。

同号〇⑴の要件は、施設に求められる要件であるので、新たに特定施設を開設する場合に、他の特定施設において三年以上の経験を有する者が配置されていたとしても、当該施設として三年以上の期間が経過しなければ、短期利用特定施設入居者生活介護費を算定することはできないものである。

特定施設の入居定員に占める入居者の割合については、届出日の属する月の前三月のそれぞれの末日時点の割合の平均について算出すること。また、届出を行った月以降においても、毎月において直近三月間の入居者の割合がそれぞれ百分の八十以上であることが必要である。当該割合については、毎月記録するものとし、百分の八十を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知第一の５の届出を提出しなければならない。

権利金その他の金品の受領禁止の規定に関しては、短期利用特定施設入居者生活介護を受ける入居者のみならず、当該特定施設の入居者に対しても、適用されるものである。

11　福祉用具貸与・特定福祉用具販売

（１）対象品目の見直し

福祉用具貸与費の対象として、「自動排泄処理装置」を追加する。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

＜要介護一の者等に係る指定福祉用具貸与費＞（（※）介護予防についても同様）

要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」及び「自動排泄処理装置」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。また、「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」については、要介護一の者に加え、要介護二及び要介護三の者に対しては、原則として算定できない。しかしながら〇号告示第二十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者（要介護一の者をいう。ただし、自動排泄処理装置については、要介護一、要介護二及び要介護三の者をいう。以下⑵において同じ。）であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。　～（以下略）～

★【H24.2.23 全国課長会議＝保険給付の対象となる福祉用具・住宅改修の追加】

ア．福祉用具貸与

追加となる種目	概要	備考
介助用ベルト	「特殊寝台付属品」の対象の拡充	入浴介助用以外のもの
自動排泄処理装置	福祉用具の貸与種目に追加	次の要件を全て満たすもの ・尿又は便が自動的に吸引されるもの ・尿と便の経路となる部分を分割することが可能な構造を有するもの ・要介護者又はその介護を行う者が容易に使用できるもの

イ．特定福祉用具販売

追加となる種目	概要	備考
便座の底上げ部材	「腰掛便座」の対象の拡大	―
自動排泄処理装置の交換可能部分	「特殊尿器」の改正	次の要件を全て満たすもの ・レシーバー、チューブ、タンク等のうち、尿や便の経路となるもの ・要介護者又はその介護を行う者が容易に交換できるもの

ウ. 住宅改修

追加となる種目	概要	備考
通路等の傾斜の解消	「段差の解消」の対象の拡充	―
扉の撤去	「扉の取り替え」の対象の拡充	―
転落防止柵の設置	「段差の解消に付帯して必要となる工事」の対象の拡充	スロープの設置に伴う転落や脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置

（２）指定基準に係る主な見直しの内容（福祉用具貸与）

福祉用具サービス計画の作成に係る規定を新設する。

※新設規定

- 福祉用具専門相談員は、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具サービス計画を作成しなければならないこと。
- 福祉用具サービス計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画の内容に沿って作成しなければならないこと。
- 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画の作成に当たり、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならないこと。
- 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画を作成した際には、当該福祉用具サービス計画を利用者に交付しなければならないこと。
- 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画の作成後、当該計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行うこと。

（※）介護予防福祉用具貸与についても同様

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準】

＜第百九十九条の二（福祉用具貸与計画の作成）＞

１．福祉用具専門相談員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、指定福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具貸与計画を作成しなければならない。この場合において、指定特定福祉用具販売の利用があるときは、第二百十四条の二第一項に規定する特定福祉用具販売計画と一体のものとして作成されなければならない。

２．福祉用具貸与計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。

３．福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

４．福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画を作成した際には、当該福祉用具貸与計画を利用者に交付しなければならない。

５．福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画の作成後、当該福祉用具貸与計画の実施状況

の把握を行い、必要に応じて当該福祉用具貸与計画の変更を行うものとする。

６．第一項から第四項までの規定は、前項に規定する福祉用具貸与計画の変更について準用する。

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準解釈通知】

＜指定介護予防福祉用具貸与の具体的取扱方針及び介護予防福祉用具貸与計画の作成＞

① 予防基準第二百七十八条第一号及び第二号は、福祉用具専門相談員は、介護予防福祉用具貸与計画を作成しなければならないこととしたものである。介護予防福祉用具貸与計画作成に当たっては、主治の医師等からの情報伝達及びサービス担当者会議等を通じ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、福祉用具の利用目標、具体的な福祉用具の機種、当該機種を選定した理由等を明らかにするものとする。その他、関係者間で共有すべき情報（福祉用具使用時の注意事項等）がある場合には、留意事項に記載すること。なお、介護予防福祉用具貸与計画の様式については、各事業所ごとに定めるもので差し支えない。

② 同条第三号は、介護予防福祉用具貸与計画は、介護予防サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。なお、介護予防福祉用具貸与計画を作成後に介護予防サービス計画が作成された場合は、当該介護予防福祉用具貸与計画が介護予防サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。

③ 同条第四号から第六号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明等について定めたものである。介護予防福祉用具貸与計画は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、福祉用具専門相談員は、介護予防福祉用具貸与計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならず、また、当該介護予防福祉用具貸与計画を利用者に交付しなければならない。なお、介護予防福祉用具貸与計画は、予防基準第二百七十五条第二項の規定に基づき、二年間保存しなければならない。

④ 同条第九号は、指定介護予防福祉用具貸与の提供に当たっての調整、説明及び使用方法の指導について規定したものである。同号の「福祉用具の使用方法、使用上の留意事項、故障時の対応等を記載した文書」は、当該福祉用具の製造事業者、指定介護予防福祉用具貸与事業者等の作成した取扱説明書をいうものである。また、自動排泄処理装置等の使用に際し衛生管理の面から注意が必要な福祉用具については、利用者又は家族等が日常的に行わなければならない衛生管理（洗浄、点検等）について十分説明するものとする。

⑤ 同条第十号は、福祉用具の修理については、専門的な技術を有する者に行わせても差し支えないが、この場合にあっても、福祉用具専門相談員が責任をもって修理後の点検を行うものとする。特に自動排泄処理装置等の使用に際し衛生管理の面から注意が必要な福祉用具については、当該福祉用具の製造事業者が規定するメンテナンス要領等に則り、定期的な使用状況の確認、衛生管理、保守・点検を確実に実施すること。

⑥ 同条第十一号から第十三号は、事業者に対して介護予防サービスの提供状況等について介護予防支援事業者に対する報告の義務づけを行うとともに、介護予防福祉用具貸与計

画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を義務づけるものである。介護予防支援事業者に対する実施状況等の報告については、サービスが介護予防サービス計画に即して適切に提供されているかどうか、また、当該計画策定時からの利用者の身体の状況等の変化を踏まえ、利用中の福祉用具が適切かどうか等を確認するために行うものであり、必要に応じて行うこととしている。ただし、事業者は介護予防福祉用具貸与計画に定める計画期間が終了するまでに、少なくとも一回を目安としてモニタリングを行い、利用者の介護予防福祉用具貸与計画に定める目標の達成状況の把握等を行うよう努めることとし、当該モニタリングの結果により、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、担当する介護予防支援事業者とも相談の上、必要に応じて当該福祉用具貸与計画の変更を行うこと。

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準】

＜第二百十四条の二（特定福祉用具販売計画の作成）＞

1．福祉用具専門相談員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、指定特定福祉用具販売の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した特定福祉用具販売計画を作成しなければならない。なお、指定福祉用具貸与の利用がある場合は、第百九十九条の二第一項に規定する福祉用具貸与計画と一体のものとして作成しなければならない。

2．特定祉用具販売計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。

3．福祉用具専門相談員は、特定福祉用具販売計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4．福祉用具専門相談員は、特定福祉用具販売計画を作成した際には、当該特定福祉用具販売計画を利用者に交付しなければならない。

★【H24.2.23全国課長会議＝指定基準解釈通知】

＜指定特定介護予防福祉用具販売の具体的取扱方針及び特定介護予防福祉用具販売計画の作成＞

① 予防基準第二百九十一条第一号及び第二号は、福祉用具専門相談員は、特定介護予防福祉用具販売計画を作成しなければならないこととしたものである。特定介護予防福祉用具販売計画作成に当たっては、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、福祉用具の利用目標、具体的な福祉用具の機種、当該機種を選定した理由等を明らかにするものとする。その他、関係者間で共有すべき情報（福祉用具使用時の注意事項等）がある場合には、留意事項に記載すること。なお、特定介護予防福祉用具販売計画の様式については、各事業所ごとに定めるもので差し支えない。

② 同条第三号は、特定介護予防福祉用具販売計画は、介護予防サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。

③ 同条第四号から第六号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。特定介護予防福祉用具販売計画は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、福祉用具専門相談員は、特

定介護予防福祉用具販売計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならず、また、当該特定介護予防福祉用具販売計画を利用者に交付しなければならない。なお、特定介護予防福祉用具販売計画は、予防基準第二百八十八条第二項の規定に基づき、二年間保存しなければならない。

④ 同条第八号は、指定特定介護予防福祉用具販売の提供に当たっての調整、説明及び使用方法の指導について規定したものであるが、特に、腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部品等の使用に際し衛生面から注意が必要な福祉用具については、衛生管理の必要性等利用に際しての注意事項を十分説明するものとする。なお、同号の「特定介護予防福祉用具の使用方法、使用上の留意事項、故障時の対応等を記載した文書」は、当該特定介護予防福祉用具の製造事業者、指定特定介護予防福祉用具販売事業者等の作成した取扱説明書をいうものである。

⑤ 同条第九号は、介護予防サービス計画に指定特定介護予防福祉用具販売が位置づけられる場合、主治の医師等からの情報伝達及びサービス担当者会議の結果を踏まえ、指定介護予防支援等基準第二条に規定する担当職員（以下③において「担当職員」という。）は、当該計画へ指定特定介護予防福祉用具販売の必要な理由の記載が必要となるため、福祉用具専門相談員は、これらのサービス担当者会議等を通じて、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、特定介護予防福祉用具の適切な選定のための助言及び情報提供を行う等の必要な措置を講じなければならない。

12　定期巡回・随時対応型訪問介護看護

（１）介護報酬１単位当りの単価

（新規）　⇒　10.84円／単位

（２）基本報酬

日中・夜間を通じて１日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度者の在宅生活を可能にする上で重要な役割を担う定期巡回・随時対応サービスを創設する。

基本報酬　定額報酬（1月）

	定期巡回･随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）一体型		定期巡回･随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）（連携型）
	介護･看護利用者	介護利用者	
要介護1	9，270単位	6，670単位	6，670単位
要介護2	13，920単位	11，120単位	11，120単位
要介護3	20，720単位	17，800単位	17，800単位
要介護4	25，310単位	22，250単位	22，250単位
要介護5	30，450単位	26，700単位	26，700単位

※連携型事業所の利用者が定期巡回・随時対応サービス事業所が連携する訪問看護事業所から訪問看護を受ける場合、上記とは別に訪問看護事業所において訪問看護費（要介護１～４は２，９２０単位、要介護５は３，７２０単位）を算定する（再掲）。

（注）利用者1人につき、１の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所において算定する。

（３）他サービスとの併用

区分支給限度額の範囲内で、柔軟に通所・短期入所ニーズに対応するため、これらのサービス利用時には定期巡回・随時対応サービス費を日割りする。

- 通所系サービス利用時 基本報酬の１日分相当額の2/3（66%）相当額を減算
- 短期入所系サービス利用時 基本報酬の１日分相当額を減算

定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型）の利用者が医療保険の訪問看護を利用した場合、訪問看護を利用した期間は定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）の介護利用者に係る単位を算定する。

（４）加算

その他、以下に掲げる加算を設定する。

加算名等	単位数
特別地域加算	所定単位数に15%を乗じた単位数を算定
中山間地域等の小規模事業所がサービス提供する場合	所定単位数に10%を乗じた単位数を算定
中山間地域等に居住する者にサービス提供する場合	所定単位数に5%を乗じた単位数を算定
緊急時訪問看護加算	290単位／月
特別管理加算	（Ⅰ）500単位／月 （Ⅱ）250単位／月
ターミナルケア加算	2，000単位／死亡月
初期加算	30単位／日
退院時共同指導加算	600単位／回
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）500単位／月 （Ⅱ）350単位／月 （Ⅲ）350単位／月
介護職員処遇改善加算	所定単位数に4．0%を乗じた単位数を算定

（注）特別地域加算、中山間地域加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算及び介護職員処遇改善加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

13　複合型サービス

（１）介護報酬１単位当りの単価

（新規）　⇒　10.66円／単位

（２）基本報酬

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有した複合型サービスを創設する。

利用者の状態に応じた通い・泊まり・訪問（介護・看護）サービスを柔軟に提供する観点から、要介護度別・月単位の定額報酬を基本とした報酬を設定する。

複合型サービス費（新規）　⇒

要介護１　13,255単位／月
要介護２　18,150単位／月
要介護３　25,111単位／月
要介護４　28,347単位／月
要介護５　31,934 単位／月

（３）他サービスとの併用

利用者が医療保険の訪問看護を受ける場合の給付調整を行う。

複合型サービスの利用者が医療保険の訪問看護を利用した場合　⇒　所定単位数を減算する

（注）利用者1人につき、１の複合型サービス事業所において算定する。

（４）加算

その他小規模多機能型居宅介護及び訪問看護に準拠した各種加算を創設する。

加算名	訪問看護	小規模多機能	単位数
初期加算	※	○	30単位／日
認知症加算		○	（Ⅰ）800単位／月 （Ⅱ）500単位／月
退院時共同指導加算	※		600単位／回
事業開始時支援加算		○	500単位／月
緊急時訪問看護加算	○		540単位／月
特別管理加算	○		（Ⅰ）500単位／月 （Ⅱ）250単位／月
ターミナルケア加算	○		2，000単位／死亡月
サービス提供体制強化加算	○	○	（Ⅰ）500単位／月 （Ⅱ）350単位／月 （Ⅲ）350単位／月
介護職員処遇改善加算		※	所定単位数に4．2%を乗じた単位数を算定

※新設予定

（注）事業開始時支援加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算
及び介護職員処遇改善加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

（５）減算

また、小規模多機能型居宅介護に準拠した減算に関する規定を設ける。

登録者数が登録定員を超える場合（新規）　⇒　基本サービス費に70/100を乗じた単位数で算定
従業員の員数が基準に満たない場合（新規）　⇒　基本サービス費に70/100を乗じた単位数で算定
サービス提供が過少（※）である場合（新規）⇒　基本サービス費に70/100を乗じた単位数で算定
※登録者１人当たりの平均回数が週あたり４回に満たない場合

14　認知症対応型通所介護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.55円／単位　⇒　（改正後）10.66円／単位

（２）基本報酬の見直し

サービス提供時間の実態を踏まえるとともに、家族介護者への支援（レスパイト）を促進する観点から、サービス提供の時間区分、評価を見直す。

＜時間区分の見直し＞

所要時間3時間以上4時間未満		（改正後）所要時間3時間以上5時間未満
所要時間4時間以上6時間未満	⇒	（改正後）所要時間5時間以上7時間未満
所要時間6時間以上8時間未満		（改正後）所要時間7時間以上9時間未満

＜基本サービス費の見直し＞

（例）単独型指定認知症対応型通所介護の場合

（所要時間3時間以上4時間未満の場合）		（所要時間3時間以上5時間未満の場合）
要介護１　526単位／日		（改正後）要介護１　589単位／日
要介護２　578単位／日		（改正後）要介護２　648単位／日
要介護３　630単位／日	⇒	（改正後）要介護３　708単位／日
要介護４　682単位／日		（改正後）要介護４　768単位／日
要介護５　735単位／日		（改正後）要介護５　827単位／日

（３）長時間のサービス提供に着目した評価

12時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供をより評価する。

8時間以上9時間未満	50単位／日		9時間以上10時間未満　50単位／日
9時間以上10時間未満	100単位／日	⇒	10時間以上11時間未満　100単位／日
			11時間以上12時間未満　150単位／日

（４）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

通所介護と同様

（５）指定基準に係る主な見直しの内容

生活相談員及び看護職員又は介護職員の配置基準について、通所介護と同様に見直すこと。

（通所介護の見直し内容）

生活相談員及び介護職員等について、通所介護の単位ごとに提供時間帯を通じた人員配置から、サービス提供時間数に応じた人員配置に見直すこと。ただし、介護職員は、提供時間帯を通じて1以上配置しなければならないこと。

共用型指定認知症対応型通所介護の事業実施要件を緩和すること。

（改正前）

・ 事業の開始又は施設の開設後３年以上経過している指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所又は指定地域密着型特定施設若しくは指定地域密着型介護老人福祉施設

（改正後）

・ 介護サービスの指定又は許可を初めて受けた日から起算して３年以上の期間が経過している指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所又は指定地域密着型特定施設若しくは指定地域密着型介護老人福祉施設

15　小規模多機能型居宅介護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.55円／単位　⇒　（改正後）10.66円／単位

（２）事業開始時支援加算

事業開始時支援加算については平成２４年３月末までの時限措置としていたが、今後増加が見込まれる認知症高齢者等の在宅サービス基盤のさらなる充実を図る観点から、所要の見直しを行った上で平成27年3月末まで継続する。

事業開始時支援加算（Ⅰ）　500単位／月　⇒　（改正後）事業開始時支援加算　500単位／月
事業開始時支援加算（Ⅱ）　300単位／月　⇒　（改正後）廃止

※算定要件（変更点のみ）
事業開始後１年未満であって、登録定員に占める登録者数の割合が70%（現行：80%）を下回る事業所であること。

（３）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

訪問介護と同様

（４）指定基準に係る主な見直しの内容

サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の設置を可能にすること。

（事業所要件）

- 介護保険その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の実績を有する事業者
- 小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所について、本体事業所となることが可能とする。

（人員基準、登録定員）

	本体事業所	サテライト型事業所
日中（通い）	常勤換算方法で3：1	常勤換算方法で3：1
日中（訪問）	常勤換算方法で1以上	1以上
夜間（夜勤職員）	時間帯を通じて1以上	時間帯を通じて1以上
夜間（宿直職員）	時間帯を通じて1以上	本体事業所の適切な支援を受けることができる場合は不要
看護職員	従業者のうち1以上	本体事業所の適切な支援を受けることができる場合は不要
介護支援専門員	配置が必要	介護支援専門員に代えて、小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する厚生労働大臣が定める研修を修了している者の配置が可能
管理者	専従かつ常勤で配置	本体事業所の管理者が兼務可
登録定員	25人以下	18人以下
通いサービス	登録定員の1／2から15人	登録定員の1／2から12人
宿泊サービス	通いサービスの1／3から9人	通いサービスの1／3から6人

（注）本体事業所及びサテライト型小規模多機能型居宅介護事業所は、相互の登録者に訪問サービスを可能とし、また、サテライト型小規模多機能型居宅介護事業者の登録者の処遇に支障がない場合には、本体事業所での宿泊サービスを可能とする。

小規模多機能型居宅介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対し、小規模多機能型居宅介護を提供する場合は、当該住居に居住する利用者以外の者に対し小規模多機能型居宅介護を提供するよう努めるものとすること。

16　認知症対応型共同生活介護

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.45円／単位　⇒　（改正後）10.54円／単位

（２）基本報酬の見直しについて

認知症対応型共同生活介護については、利用者の平均要介護度の高まりへの対応を強化する観点から、フラット型となっている現行の要介護度別の基本報酬体系を見直すとともに、ユニット数別の報酬設定による適正化を図る。

＜認知症対応型共同生活介護費＞

要介護１　831単位／日	⇒	認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）
要介護２　848単位／日		要介護１　802単位／日
要介護３　865単位／日		要介護２　840単位／日
要介護４　882単位／日		要介護３　865単位／日
要介護５　900単位／日		要介護４　882単位／日
		要介護５　900単位／日
		認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）
		要介護１　789単位／日
		要介護２　827単位／日
		要介護３　852単位／日
		要介護４　869単位／日
		要介護５　886単位／日

（注）認知症対応型共同生活介護（Ⅰ）は1ユニット、認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）は2ユニット以上である場合に算定する。

＜短期利用共同生活介護費＞

要介護１　861単位／日	⇒	短期利用共同生活介護費（Ⅰ）
要介護２　878単位／日		要介護１　832単位／日
要介護３　895単位／日		要介護２　870単位／日
要介護４　912単位／日		要介護３　895単位／日
要介護５　930単位／日		要介護４　912単位／日
		要介護５　930単位／日
		短期利用共同生活介護費（Ⅱ）
		要介護１　819単位／日
		要介護２　857単位／日
		要介護３　882単位／日
		要介護４　899単位／日
		要介護５　916単位／日

（注）短期利用共同生活介護（Ⅰ）は1ユニット、短期利用共同生活介護（Ⅱ）は２ユニット以上である場合に算定する。

（３）看取りの対応強化

看取りの対応を強化する観点から、看取り介護加算の評価を見直し、認知症対応型共同生活介護事業所の配置看護師又は近隣の訪問看護事業所等との連携により看取りを行う。

看取り介護加算	80単位／日	⇒	死亡日以前4～30日　80単位／日 死亡日前日及び前々日　680単位／日 死亡日　1,280単位／日

※算定要件

- 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- 利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
- 医師、看護師（当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は当該認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所又は訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて、随時、介護が行われていること。
- 医療連携体制加算を算定していること。

（注）短期利用共同生活介護費を算定している場合、当該加算は算定しない。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台（追加部分）】

③　二十三号告示第三十三号のハに定める看護師については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから、当該認知症対応型共同生活介護事業所密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所若しくは訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）の職員に限るとしているところである。具体的には、当該認知症対応型共同生活介護事業所と訪問看護ステーション等が、同一市町村又は同一市町村内に所在していないとしても、自動車等による移動に要する時間がおおむね二十分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができることが必要である。

（４）夜間の安全確保の強化

夜間における利用者の安全確保を強化する観点から、夜勤職員の配置基準の見直しを行うとともに、夜間ケア加算の見直しを行う。

夜間ケア加算	25単位／日	⇒	夜間ケア加算（Ⅰ）　50単位／日 夜間ケア加算（Ⅱ）　25単位／日

（注）夜間ケア加算（Ⅰ）は１ユニットの場合、夜間ケア加算（Ⅱ）は２ユニット以上の場合に算定する。

※算定要件
・ 夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を１ユニット1名配置することに加えて、夜勤 を行う介護職員を１名以上配置すること。

（５）在宅支援機能の強化

在宅支援機能の強化を図る観点から、短期利用共同生活介護の事業実施要件として設定されている「事業所開設後３年以上」の規定の緩和を行う。

※算定要件（変更点のみ）
・ 認知症対応型共同生活介護の事業者が介護保険法の各サービスのいずれかの指定を初めて受けた日から3年以上経過していること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

短期利用共同生活介護については、施設基準第〇号ハに規定する基準を満たす認知症対応型共同生活介護事業所において算定できるものである。同号ロ⑵に規定する、「法に規定する事業について三年以上の実績を有する」とは、具体的には、法に規定する指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス、指定介護福祉施設サービス若しくは介護保健施設サービス又は平成十八年旧介護保険法に規定する指定介護療養施設サービスの事業について、三年以上の実績を有することをいうものである。同号ロ⑸に規定する「短期利用共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する介護従業者」とは、認知症介護実務者研修のうち「専門課程」又は認知症介護実践研修のうち「実践リーダー研修」若しくは認知症介護指導者養成研修を修了している者とする。

（６）指定基準に係る主な見直しの内容

夜間及び深夜の勤務を行う介護従業者について、利用者の処遇に支障がない場合は、併設の他の共同生活住居又は小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事することができるとしていた規定を廃止すること。

17　介護予防訪問系サービス

（１）基本報酬の見直し

介護予防訪問介護については、サービスの提供実態を踏まえるとともに、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から見直しを行う。

＜介護予防訪問介護＞

介護予防訪問介護費（Ⅰ）　1,234単位／月　⇒　（改正後）1,220単位／月
介護予防訪問介護費（Ⅱ）　2,468単位／月　⇒　（改正後）2,440単位／月
介護予防訪問介護費（Ⅲ）　4,010単位／月　⇒　（改正後）3,870単位／月

（２）生活機能向上連携加算【介護予防訪問介護】

また、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、介護予防訪問リハビリテーション実施時に介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することについての評価を行う。

生活機能向上連携加算（新規）　⇒　100単位／月

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 「生活機能の向上を目的とした介護予防訪問介護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する介護予防訪問介護の内容を定めたものでなければならない。

② ①の介護予防訪問介護計画の作成に当たっては、介護予防訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この号において「理学療法士等」という。）にサービス提供責任者が同行し、当該利用者のＡＤＬ（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等とサービス提供責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行うものとする。

③ ①の介護予防訪問介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

ア．利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
イ．生活機能アセスメントの結果に基づき、アの内容について定めた三月を目途とする達成目標
ウ．イの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
エ．イ及びウの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

④ ③のイ及びウの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活

行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。

⑤ ①の介護予防訪問介護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う介護予防訪問介護の具体的な内容は、例えば次のようなものが考えられること。転倒の不安から閉じこもりがちになり、次第に生活機能が低下し家事の遂行が困難となった利用者に対し、介護予防訪問介護において「浴室とトイレの掃除を週一回、自分で行うことができること」を達成目標に設定した場合。

（一月目）利用者が、週に一回、浴室の床掃除とトイレの床掃除を行うことを目標にする。訪問介護員等は、利用者が安全に浴室とトイレの床掃除を行うことができるよう見守りを主体とした対応を行いつつ、利用者が一人で困難な部分について支援を行う。次に、掃除終了後に、床掃除に必要なしゃがみこむ動作や床からの立ち上がり動作を安定して行うことができるよう反復練習や体操の時間を設け、利用者と一緒に行う。

（二月目）利用者が、浴室の床と浴槽をそれぞれ隔週で、かつトイレの床及び便器を週に一回行うことを目標にする。訪問介護員等は、見守りを主体とした対応を行いつつ、利用者が一人で困難な部分について支援を行う。併せて、前月に引き続き、掃除の動作に必要な体操を利用者と一緒に行う。

（三月目）利用者が、週に１回、浴室の床及び浴槽、トイレの床及び便器の掃除を行うことを目標とする。訪問介護員等は、見守りを主体とした対応を行う。併せて、当初から実施している体操を引き続き利用者と一緒に行う。さらに、四月目以降から、見守りを必要とせずに安全に行うことを想定して、注意が必要な点や工夫等についてわかりやすく記載したものを壁に掲示する等の準備を行う。（例えば、手が届きにくくバランスを崩しやすい箇所やその際の動作上の注意点等）なお、利用者の動作の安定に伴い、見守りの度合いは低減するため、他の援助内容を並行して行うことも可能である。（例えば、二月目以降は、利用者が掃除を行っている間に、訪問介護員は動作の見守りと並行して調理等を行う等。）また、利用者の状況に応じて簡単な動作から複雑な動作へと適切な段階づけを行い、それぞれの動作を安全に行うために必要な体操等を行うことにより、利用者が確実に動作を行うことができるよう支援すること。（例えば、浴槽の縁をまたぐ動作を安全に行うために、片足立ちバランスや姿勢保持に必要な筋力強化の体操を取り入れる等。）また、期間を通じて、利用者が達成感を得られるよう、訪問介護員等と共に記録する日誌の作成や本人が毎日行う体操メニューを理学療法士等と共同して用意し、本人との会話や日誌を通じて把握するとともに、利用者の変化をフィードバックしながら、定着に向けて利用者の意欲が高まるようはたらきかけること。

⑥ 本加算は②の評価に基づき、①の介護予防訪問介護計画に基づき提供された初回の指定訪問介護の提供日が属する月以降三月を限度として算定されるものであり、三月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度の評価に基づき介護予防訪問介護計画を見直す必要があること。なお、当該三月の間に利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテ

ーションの提供が終了した場合であっても、三月間は本加算の算定が可能であること。

⑦ 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び介護予防訪問リハビリテーションの理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況及び③のイの達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

（３）2級訪問介護員のサービス提供責任者配置減算

サービス提供責任者の質の向上を図る観点から、サービス提供責任者の任用要件のうち「2級課程の研修を修了した者であって、3年以上介護等の業務に従事した者」をサービス提供責任者として配置している事業所に対する評価を適正化する。

サービス提供責任者配置減算（新規）⇒所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定

※算定要件
２級訪問介護員（平成25年4月以降は介護職員初任者研修修了者）のサービス提供責任者を配置していること。
（注）平成25年3月31日までは、
・ 平成24年3月31日時点で現にサービス提供責任者として従事している2級訪問介護員が4月1日以降も継続して従事している場合であって
・ 当該サービス提供責任者が、平成25年3月31日までに介護福祉士の資格取得若しくは実務者研修、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員１級課程の修了が確実に見込まれるとして都道府県知事に届け出ている場合に、
本減算は適用しないこととする、経過措置を設けること。

（４）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化【介護予防訪問介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防小規模多機能型居宅介護】

訪問介護と同様

18　介護予防通所系サービス

（１）基本報酬の見直し

介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについては、通所介護、通所リハビリテーションと同様に、基本サービス費の適正化を行う。

＜介護予防通所介護費＞

要支援１　2,226単位／月　⇒　（改正後）要支援１　2,099単位／月

要支援２　4,353単位／月　⇒　（改正後）要支援２　4,205単位／月

＜介護予防通所リハビリテーション費＞

要支援１　2,496単位／月　⇒　（改正後）要支援１　2,412単位／月

要支援２　4,880単位／月　⇒　（改正後）要支援２　4,828単位／月

（２）複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価【通所介護・通所リハ共通】

利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から、生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価を創設する。

選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）（新規）　⇒　480単位／月

選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）（新規）　⇒　700単位／月

※算定要件

- 利用者が介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションの提供を受ける日に 必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。
- 1月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。
- なお、選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）については、選択的サービスのうち2種類、選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）については、３種類実施した場合に算定する。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせて実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。

① 当該加算を算定するに当たっては、実施する選択的サービスごとに、⑵から⑷までに掲げる各選択的サービスごとの取扱いに従い適切に実施していること。

② 複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

（３）事業所評価加算【通所介護・通所リハ共通】

生活機能の維持・改善に効果の高いサービス提供を推進する観点から、事業所評価加算の評価及び算定要件を見直す。

事業所評価加算　100単位／月　⇒　（改正後）120単位／月

※算定要件（変更点のみ）
評価対象期間において、介護予防通所介護（又は介護予防通所リハビリテーション）を利用した実人員数のうち、60%以上に選択的サービスを実施していること。

（４）生活機能向上グループ活動加算【通所介護】

アクティビティ実施加算を見直し、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動（以下「生活機能向上グループ活動サービス」という。）を行った場合に所定単位数を加算する。

アクティビティ実施加算　⇒　廃止
生活機能向上グループ活動加算（新規）　⇒　100 単位／月

※算定要件
- 機能訓練指導員等の介護予防通所介護従事者が共同して、利用者に対し生活機能の改善等の目的を設定した介護予防通所介護計画を作成していること。
- 複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスを準備し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが実施されていること。（少人数のグループを構成して実施する。）
- 生活機能向上グループ活動サービスを１週間に１回以上実施していること。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

生活機能向上グループ活動加算は、自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、グループで生活機能の向上を目的とした活動を行った場合に算定できる。また、集団的に行われるレクリエーションや創作活動等の機能訓練を実施した場合には算定できないこと。なお、当該加算を算定する場合は、次の①から③までを満たすことが必要である。

① 生活機能向上グループ活動の準備

ア．利用者自らが日常生活上の課題に応じて活動を選択できるよう、次に掲げる活動項目を参考に、日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組むこと。

（活動項目の例）
家事関連活動
衣：洗濯機・アイロン・ミシン等の操作、衣服の手入れ（ボタンつけ等）等
食：献立作り、買い出し、調理家電（電子レンジ、クッキングヒーター、電気ポット等）・調理器具（包丁、キッチン鋏、皮むき器等）の操作、調理（炊飯、総菜、行事食等）、パン作り等
住：日曜大工、掃除道具（掃除機、モップ等）の操作、ガーデニング等

通信・記録関連活動
機器操作（携帯電話操作、パソコン操作等）、記録作成（家計簿、日記、健康ノート等）

イ．一のグループの人数は六人以下とすること。

② 利用者ごとの日常生活上の課題の把握と達成目標の設定

介護職員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員その他の職種の者（以下この項において「介護職員等」という。）が生活機能向上グループ活動サービスを行うに当たっては、次のアからエまでに掲げる手順により行うものとする。なお、アからエまでの手順により得られた結果は、介護予防通所介護計画に記録すること。

ア．当該利用者が、㈠要支援状態に至った理由と経緯、㈡要支援状態となる直前の日常生活上の自立の程度と家庭内での役割の内容、㈢要支援状態となった後に自立してできなくったこと若しくは支障を感じるようになったこと、㈣現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容、㈤近隣との交流の状況等について把握すること。把握に当たっては、当該利用者から聞き取るほか、家族や介護予防支援事業者等から必要な情報を得るよう努めること。

イ．アについて把握した上で、具体的な日常生活上の課題及び到達目標を当該利用者と共に設定すること。到達目標は、概ね三月程度で達成可能な目標とし、さらに段階的に目標を達成するために概ね一月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。到達目標及び短期目標については、当該利用者の介護予防サービス計画と整合性のとれた内容とすること。

ウ．介護職員等は、当該利用者の同意を得た上で到達目標を達成するために適切な活動項目を選定すること。当該利用者の活動項目の選定に当たっては、生活意欲を引き出すなど、当該利用者が主体的に参加できるよう支援すること。

エ．生活機能向上グループ活動の㈠実施時間は、利用者の状態や活動の内容を踏まえた適切な時間とし、㈡実施頻度は１週につき一回以上行うこととし、㈢実施期間は概ね三月以内とする。介護職員等は、㈠から㈢までについて、当該利用者に説明し、同意を得ること。

③ 生活機能向上グループ活動の実施方法

ア．ア介護職員等は、予め生活機能向上グループ活動に係る計画を作成し、当該活動項目の具体的な内容、進め方及び実施上の留意点等を明らかにしておくこと。

イ．イ生活機能向上グループ活動は、一のグループごとに、当該生活機能向上グループ活動の実施時間を通じて一人以上の介護職員等を配置することとし、同じグループに属する利用者が相互に協力しながら、それぞれが有する能力を発揮できるよう適切な支

援を行うこと。

ウ. ウ介護職員等は、当該サービスを実施した日ごとに、実施時間、実施内容、参加した利用者の人数及び氏名等を記録すること。

エ. エ利用者の短期目標に応じて、概ね一月毎に、利用者の当該短期目標の達成度と生活機能向上グループ活動における当該利用者の客観的な状況についてモニタリングを行うともに、必要に応じて、生活機能向上グループ活動に係る計画の修正を行うこと。

オ. オ実施期間終了後、到達目標の達成状況及び②のアで把握した現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割、近隣との交流の状況等について確認すること。その結果、当該到達目標を達成している場合には、当該利用者に対する当該生活機能向上グループ活動を終了し、当該利用者を担当する介護予防支援事業者に報告すること。また、当該到達目標を達成していない場合には、達成できなかった理由を明らかにするとともに、当該サービスの継続の必要性について当該利用者及び介護予防支援事業者と検討すること。その上で、当該サービスを継続する場合は、適切に実施方法及び実施内容等を見直すこと。

★【神奈川県Q&A＝ホームページ】

Q：生活機能向上グループ加算と運動器機能向上加算を併せて算定することは可能か。

A：運動器機能向上加算を算定している場合には、生活機能向上加算は算定できません。

（５）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

通所介護と同様

19　介護老人福祉施設

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.45 円／単位　⇒　（改正後）10.54 円／単位

（２）基本報酬の見直し

介護老人福祉施設の入所者の重度化に対応し、施設の重点化・機能強化等を図る観点に立って、要介護度別の報酬の設定を行う。また、ユニット型個室、従来型個室、多床室の報酬水準を適正化し、その際、平成24年4月1日以前に整備された多床室については、新設のものに比して報酬設定の際に配慮した取扱いとする。

＜介護福祉施設サービス費の見直し＞

（例１）介護福祉施設サービス費

【介護福祉施設サービス費（Ⅰ）：従来型個室】

要介護１	589単位／日		（改正後）要介護１　577単位／日
要介護２	660単位／日		（改正後）要介護２　647単位／日
要介護３	730単位／日	⇒	（改正後）要介護３　719単位／日
要介護４	801単位／日		（改正後）要介護４　789単位／日
要介護５	871単位／日		（改正後）要介護５　858単位／日

【介護福祉施設サービス費（Ⅱ）：多床室】

要介護１	651単位／日		（改正後）要介護１　630単位／日
要介護２	722単位／日		（改正後）要介護２　699単位／日
要介護３	792単位／日	⇒	（改正後）要介護３　770単位／日
要介護４	863単位／日		（改正後）要介護４　839単位／日
要介護５	933単位／日		（改正後）要介護５　907単位／日

【介護福祉施設サービス費（Ⅲ）：多床室】

		（改正後）要介護１　623単位／日
		（改正後）要介護２　691単位／日
（新規）	⇒	（改正後）要介護３　762単位／日
		（改正後）要介護４　831単位／日
		（改正後）要介護５　898単位／日

※算定要件（介護福祉施設サービス費（Ⅱ）（Ⅲ））
介護福祉施設サービス費（Ⅱ）については、平成24年4月1日以前に整備された多床室（同日において建築中のものを含む。）であることとし、介護福祉施設サービス費（Ⅲ）については、同日後に新設された多床室であること。

（例２）ユニット型介護福祉施設サービス費

【ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）：ユニット型個室】

要介護１	669単位／日		（改正後）要介護１　659単位／日
要介護２	740単位／日		（改正後）要介護２　729単位／日
要介護３	810単位／日	⇒	（改正後）要介護３　802単位／日
要介護４	881単位／日		（改正後）要介護４　872単位／日
要介護５	941単位／日		（改正後）要介護５　941単位／日

【ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅱ）：ユニット型準個室】

要介護１	669単位／日		（改正後）要介護１　659単位／日
要介護２	740単位／日		（改正後）要介護２　729単位／日
要介護３	810単位／日	⇒	（改正後）要介護３　802単位／日
要介護４	881単位／日		（改正後）要介護４　872単位／日
要介護５	941単位／日		（改正後）要介護５　941単位／日

（３）ユニット型個室の利用者負担軽減

ユニット型個室の第3段階の利用者負担を軽減することにより、ユニット型個室の更なる整備推進を図る。

＜特定入所者介護サービス費に係る居住費の負担限度額の見直し＞

第3段階・ユニット型個室　1,640円／日　⇒　1,310円／日

※　介護老人保健施設、介護療養型医療施設、（介護予防）短期入所生活介護及び（介護予防）短期入所療養介護の居住費・滞在費についても、同様の見直しを行う。

さらに、介護老人福祉施設における看取りの充実を図るため、配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、介護老人福祉施設における看取りを行った場合について、診療報酬において評価を行う。（平成24年1月18日中央社会保険医療協議会資料「平成24年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）（案）」より抜粋）

（４）認知症への対応強化

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規）　⇒　200単位／日

※算定要件
医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護福祉施設サービスを行う必要があると判断した者に対して、介護福祉施設サービス行った場合（入所した日から起算して７日を限度として算定可能とする。）。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。

② 本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人福祉施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。

③ 本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人福祉施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

④ 本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。

⑤ 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できないものであること。

a. 病院又は診療所に入院中の者

b. 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者

c. 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者

⑥ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。

⑦ 当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。

⑧ 当該加算は、当該入所者が入所前一月の間に、当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合及び過去一月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できることとする。

（５）日常生活継続支援加算

介護老人福祉施設の入所者の重度化への対応を評価する。

日常生活継続支援加算 22単位／日 ⇒ 23単位／日

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正によって、介護福祉士及び研修を受けた介護職員等が、登録

事業所の事業の一環として、医療関係者との連携等の条件の下にたんの吸引等を実施することが可能となったことに伴い、介護老人福祉施設の既存の体制加算に係る重度者の要件について、所要の見直しを行う。

※算定要件（①～③のいずれかの要件を満たすこと。下線部は変更点。）
①要介護４若しくは要介護５の者の占める割合が入所者の70%以上であること。
②認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が入所者の65%以上であること。
③たんの吸引等（※）が必要な利用者の占める割合が入所者の15%以上であること。

（※）たんの吸引等
・ 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

（６）経口維持加算

介護保険施設における経口維持の取組みを推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、歯科医師との連携、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準の見直しを行う。

経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）　⇒　算定要件の見直し

（７）経口移行加算

介護保険施設における経口移行の取組みを推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準の見直しを行う。

経口移行加算　⇒　算定要件の見直し

（８）口腔機能維持管理加算

介護保険施設の入所者に対する口腔ケアの取組みを充実する観点から、口腔機能維持管理加算について、歯科衛生士が入所者に対して直接口腔ケアを実施した場合の評価を行う。

口腔機能維持管理加算		（改正後）口腔機能維持管理体制加算　30単位／月（名称変更）
（新規）	⇒	口腔機能維持管理加算　110単位／月

※算定要件

＜口腔機能維持管理体制加算＞

・ 介護保険施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合。

・ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

＜口腔機能維持管理加算＞

・ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月４回以上行った場合。

・ 口腔機能維持管理体制加算を算定している場合。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 口腔機能維持管理加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施した場合において、当該利用者ごとに算定するものである。

② 当該施設が口腔機能維持管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。また、別紙様式〇を参考として入所者ごとに口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下「口腔機能維持管理に関する実施記録」という。）を作成し保管するとともに、その写しを当該入所者に対して提供すること。

③ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項を口腔機能維持管理に関する記録に記入すること。また、当該歯科衛生士は、入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設の介護職員等への情報提供を的確に行うこと。

④ 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても口腔機能維持管理加算を算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、口腔機能維持管理加算を算定しない。

20　介護老人保健施設

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.45 円／単位　⇒　（改正後）10.54 円／単位

（２）基本報酬の見直し

在宅復帰支援型の施設としての機能を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とし、機能に応じた報酬体系への見直しを行う。

＜介護保健施設サービス費の見直し＞

（例）介護保健施設サービス費（Ⅰ）

【介護保健施設サービス費（ⅰ）：従来型個室】

要介護１	734単位／日		（改正後）要介護１　710単位／日
要介護２	783単位／日		（改正後）要介護２　757単位／日
要介護３	836単位／日	⇒	（改正後）要介護３　820単位／日
要介護４	890単位／日		（改正後）要介護４　872単位／日
要介護５	943単位／日		（改正後）要介護５　925単位／日

		【介護保健施設サービス費（ⅱ）】
		（改正後）要介護１　739単位／日
		（改正後）要介護２　811単位／日
（新規）	⇒	（改正後）要介護３　873単位／日
		（改正後）要介護４　930単位／日
		（改正後）要介護５　985単位／日

【介護保健施設サービス費（ⅱ）：多床室】			【介護保健施設サービス費（ⅲ）】
要介護１	813単位／日		（改正後）要介護１　786単位／日
要介護２	862単位／日		（改正後）要介護２　834単位／日
要介護３	915単位／日	⇒	（改正後）要介護３　897単位／日
要介護４	969単位／日		（改正後）要介護４　950単位／日
要介護５	1,022単位／日		（改正後）要介護５　1,003単位／日

		【介護保健施設サービス費（ⅳ）】
		（改正後）要介護１　819単位／日
		（改正後）要介護２　893単位／日
（新規）	⇒	（改正後）要介護３　956単位／日
		（改正後）要介護４　1,012単位／日
		（改正後）要介護５　1,068単位／日

※　現行の介護保健施設サービス費（ⅱ）を介護保健施設サービス費（ⅲ）とし、介護保健施設サービス費（ⅱ）及び介護保健施設サービス費（ⅳ）を創設する。

※算定要件（介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅱ若しくはⅳ））

【体制要件】

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適切に配置していること。

【在宅復帰要件】

・ 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数（当該施設内で死亡した者を除く。）のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（入所期間が1月以上のものに限る。）の占める割合が100分の50を超えていること。

・ 入所者の退所後30日以内（当該入所者が要介護４又は要介護５である場合は14日以内）に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上（当該入所者が要介護４又は要介護５である場合は14日以上）、継続する見込みであること。

【ベッド回転率要件】

・ 30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.1以上であること。

【重度者要件】（以下のいずれかである場合）

・ 算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、要介護４又は要介護５である者の占める割合が35%以上であること。

・ 算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が10%以上又は経管栄養が実施された者の占める割合が10%以上であること。

（３）短期集中リハビリテーション実施加算について

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 短期集中リハビリテーション実施加算における集中的なリハビリテーションとは、二十分以上の個別リハビリテーションを、一週につき概ね三日以上実施する場合をいう。

② 当該加算は、当該入所者が過去三月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。ただし、以下の③及び④の場合はこの限りではない。

③ 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は算定終了後三カ月に満たない期間に四週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に限り、当該加算を算定することができる。

④ 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は算定終了後三カ月に満たない期間に四週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態である者は、当該加算を算定できる。

ア．脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者

イ．上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

（４）在宅復帰・在宅療養支援機能加算

在宅復帰・在宅療養支援機能を強化するため、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設等を行う。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（新規）　⇒　21単位／日

※算定要件（在宅復帰・在宅療養支援機能加算）

【在宅復帰要件】

・ 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数（当該施設内で死亡した者を除く。）のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（入所期間が1月以上のものに限る。）の占める割合が100分の30を超えていること。

・ 入所者の退所後30日以内（当該入所者が要介護４又は要介護５である場合は14日以内）に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上（当該入所者が要介護４又は要介護５である場合は14日以上）、継続する見込みであること。

【ベッド回転率要件】

・ 30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.05以上であること。

（注１）在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、介護老人保健施設のうち、介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅰ若しくⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅰ若しくはⅲ）についてのみ算定可能とする。

（注２）現行の在宅復帰支援機能加算については、介護療養型老人保健施設においてのみ算定する。（後述）

（５）入所前後訪問指導加算

入所前後訪問指導加算（新規）　⇒　460単位／回

※算定要件

入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該入所者等が退所後生活する居宅を訪問し、施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合（１回を限度として算定。）。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 入所前後訪問指導加算は、入所期間が一月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前三十日から入所後七日までの間に、当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定を行った場合に、入所中に一回に限り加算を行うものである。

② 入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定すること。

③ 入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

イ．病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
ロ．他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
ハ．予定の変更に伴い、入所しなかった場合。

④ 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

⑤ 入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

⑥ 入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

（６）地域連携診療計画情報提供加算

地域連携診療計画情報提供加算（新規）　⇒　300単位／回

※算定要件
診療報酬の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行い、入所者の同意を得た上で、退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書により提供した場合（１回を限度として算定。）。

（注）介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

① 地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表に掲げる地域連携診療計画管理料を算定する保険医療機関（以下「計画管理病院」という。）において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間（以下本区分において「総治療期間」という。）、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものである。

② 当該加算は、医科診療報酬点数表に掲げる以下の疾患について、地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定するものである。イ大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。）ロ脳卒中（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。）

③ 当該加算は、計画管理病院又は計画管理病院からの転院後若しくは退院後の治療を担う保険医療機関からの退院後の療養を担う介護老人保健施設において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、算

定する。

④　また、当該加算を算定する施設は、以下のいずれも満たすものであること。

イ．あらかじめ計画管理病院において作成された疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が、当該施設および連携保険医療機関と共有されていること。

ロ．イについて、内容、開催日等必要な事項について診療録等に記録されていること。

（７）医療ニーズへの対応強化

入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した場合における施設内での対応について評価を行う。

所定疾患施設療養費（新規）　⇒　300単位／日

※算定要件

・　肺炎、尿路感染症又は帯状疱疹について、投薬、検査、注射、処置等を行った場合。

・　同一の利用者について１月に１回を限度として算定する。

・　１回につき連続する７日間を限度として算定する。

（注）介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

★【H24.2.23全国課長会議＝留意事項たたき台】

①　所定疾患施設療養費は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、一回に連続する七日を限度とし、月一回に限り算定するものであるので、一月に連続しない一日を七回算定することは認められないものであること。

②　所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできないこと。

③　所定疾患施設療養費の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。

イ．肺炎

ロ．尿路感染症

ハ．帯状疱疹（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る）

④　算定する場合にあっては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。

⑤　請求に際して、診断、行った検査、治療内容等を記載すること。

⑥　当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。

（８）認知症への対応強化

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れ及び在宅復帰を目指したケアについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規）　⇒　200単位／日

※算定要件
医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護保健施設サービスが必要であると判断した者に対して、介護老人保健サービスを行った場合（入所した日から起算して７日を限度として算定可能とする。）

（注）介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

（９）経口維持加算

介護保険施設における経口維持の取組みを推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、歯科医師との連携、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準の見直しを行う。

経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）　⇒　算定要件の見直し

（１０）経口移行加算

介護保険施設における経口移行の取組みを推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準の見直しを行う。

経口移行加算　⇒　算定要件の見直し

（１１）口腔機能維持管理加算

介護保険施設の入所者に対する口腔ケアの取組みを充実する観点から、口腔機能維持管理加算について、歯科衛生士が入所者に対して直接口腔ケアを実施した場合の評価を行う。

口腔機能維持管理加算　（改正後）口腔機能維持管理体制加算　30単位／月（名称変更）
（新規）　⇒　口腔機能維持管理加算　110単位／月

※算定要件
＜口腔機能維持管理体制加算＞
・　介護保険施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合。
・　歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
＜口腔機能維持管理加算＞
・　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月４回以上行った場合。
・　口腔機能維持管理体制加算を算定している場合。

（１２）指定基準に係る主な見直しの内容

介護療養病床からの転換支援策として実施している各種施策を平成 30 年 3 月 31 日まで延長すること。

21　介護療養型老人保健施設

（１）介護報酬１単位当りの単価

（新設）　⇒　（改正後）10.54円／単位

（２）基本報酬

介護療養型老人保健施設については、医療ニーズの高い利用者の受入れを促進する観点から、機能に応じた報酬体系に見直しを行う。その際、評価を高くする基本施設サービス費については、喀痰吸引・経管栄養を実施している利用者割合及び認知症高齢者の日常生活自立度を算定要件とする。

（例１）介護保健施設サービス費

【介護保健施設サービス費（Ⅱ）】

＜介護保健施設サービス費（ⅱ）：従来型個室＞

		要介護１	735単位／日
		要介護２	818単位／日
（新規）	⇒	要介護３	1,002単位／日
		要介護４	1,078単位／日
		要介護５	1,154単位／日

＜介護保健施設サービス費（ⅳ）：多床室＞

		要介護１	814単位／日
		要介護２	897単位／日
（新規）	⇒	要介護３	1,081単位／日
		要介護４	1,157単位／日
		要介護５	1,233単位／日

※　現行の介護保健施設サービス費（ⅱ）を介護保健施設サービス費（ⅲ）とし、介護保健施設サービス費（ⅱ）及び介護保健施設サービス費（ⅳ）を創設する。

※算定要件（介護保健施設サービス費Ⅱ若しくはⅢ（ⅱ若しくはⅳ））
次のいずれにも該当する場合
① 算定日が属する月の前12月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し、入所した者の占める割合から自宅等から入所した者の占める割合を減じて得た数が0.35以上であること。
② 算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が0.2以上であり、かつ、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が0.5以上であること。

（３）介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設への転換支援

介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設への転換を支援する観点から、有床診療所を併設した上で転換した場合に、診療所の病床数の範囲内で増床が可能となるよう見直しを行う。併せて、現在実施している施設基準の緩和等の転換支援策については、平成30年3月31日まで引き続き実施する。

（４）在宅復帰支援機能加算

在宅復帰支援機能加算（Ⅰ）　⇒　（改正後）廃止

在宅復帰支援機能加算（Ⅱ）　⇒　（改正後）在宅復帰支援機能加算 5単位／日

※算定要件（変更点のみ）

・ 介護療養型老人保健施設についてのみ算定できること（介護老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定すること。）。

（５）ターミナルケア加算

看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算について算定要件及び評価の見直しを行う。

死亡日以前15～30日	200単位／日		死亡日以前4～30日　160単位／日
死亡日以前14日まで	315単位／日	⇒	死亡日前日及び前々日　850単位／日
			死亡日　1,700単位／日

※算定要件（変更点のみ）

以下の要件を削除

入所している施設又は当該入所者の居宅において死亡した場合であること。

22　介護療養型医療施設

（１）介護報酬１単位当りの単価

10.45 円／単位　⇒　（改正後）10.54 円／単位

（２）基本報酬の見直し

介護療養型医療施設については、適切に評価を行う。

（例）療養病床を有する病院における介護療養施設サービスのうち看護６：１，介護４：１

【療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）】

＜療養型介護療養施設サービス費（ⅰ）：従来型個室＞

要介護１	683単位／日		（改正後）　要介護１　670単位／日
要介護２	793単位／日	⇒	（改正後）　要介護２　778単位／日
要介護３	1,031単位／日		（改正後）　要介護３　1,011単位／日
要介護４	1,132単位／日	⇒	（改正後）　要介護４　1,111単位／日
要介護５	1,223単位／日		（改正後）　要介護５　1,200単位／日

＜療養型介護療養施設サービス費（ⅱ）：多床室＞

要介護１	794単位／日		（改正後）要介護１　779単位／日
要介護２	904単位／日	⇒	（改正後）要介護２　887単位／日
要介護３	1,142単位／日		（改正後）要介護３　1,120単位／日
要介護４	1,243単位／日	⇒	（改正後）要介護４　1,219単位／日
要介護５	1,334単位／日		（改正後）要介護５　1,309単位／日

（３）認知症への対応強化

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規）　⇒　200単位／日

※算定要件
医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護療養施設サービスを行う必要があると判断した者に対して、介護療養施設サービスを行った場合（入所した日から起算して７日を限度として算定可能とする。）

（４）経口維持加算

介護保険施設における経口維持の取組みを推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、歯科医師との連携、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準の見直しを行う。

経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）　⇒　算定要件の見直し

（５）経口移行加算

介護保険施設における経口移行の取組みを推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準の見直しを行う。

経口移行加算　⇒　算定要件の見直し

（６）口腔機能維持管理加算

介護保険施設の入所者に対する口腔ケアの取組みを充実する観点から、口腔機能維持管理加算について、歯科衛生士が入所者に対して直接口腔ケアを実施した場合の評価を行う。

口腔機能維持管理加算		（改正後）口腔機能維持管理体制加算　30単位／月（名称変更）
（新規）	⇒	口腔機能維持管理加算　110単位／月

※算定要件

＜口腔機能維持管理体制加算＞

- 介護保険施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合。
- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

＜口腔機能維持管理加算＞

- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月４回以上行った場合。
- 口腔機能維持管理体制加算を算定している場合。

（７）指定基準に係る主な見直しの内容

医療法施行規則第五十一条又は第五十二条の規定の適用を受ける指定介護療養型医療施設に適用される施設基準の緩和措置の期限については、平成 24 年 3 月 31 日時点において当該緩和措置を受ける介護療養型医療施設に限り、平成 30 年 3 月 31 日まで延長すること。